

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

292
N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NOUREDDINE Michel, Jean-Pierre

Né le 1^{er} Janvier 1931, à Boulogne (Seine)

Interne des Hôpitaux de Paris

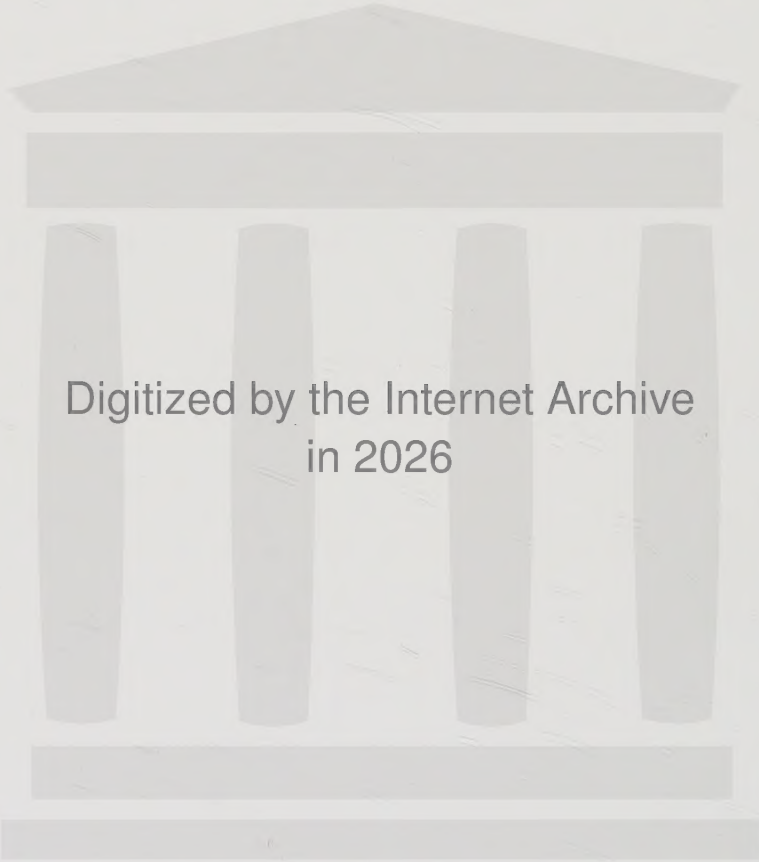
Présentée et soutenue publiquement le Mars 1963

LA DILATATION MÉTHODIQUE DU SPHINCTER D'ODDI

Président : Monsieur Jean GOSSET, Professeur

L'EXPANSION

Éditeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NOUREDDINE Michel, Jean-Pierre

Né le 1^{er} Janvier 1931, à Boulogne (Seine)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le Mars 1963

LA DILATATION MÉTHODIQUE DU SPHINCTER D'ODDI

Président : Monsieur Jean GOSSET, Professeur

L'EXPANSION

Éditeur



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TABLEAU DU PERSONNEL

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.),
BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.),
CHAMPY (C.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.),
HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LÉVY-SOLAL
(E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VAL-
LÉRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUÉNU (J.),
RICHTET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON
(L.).

DOYEN :

M. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEURS :

1^{er} Assesseur Jean VERNE
2^e Assesseur Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.). SCHAPIRA (G.).
Biologie appliquée à l'Educa- tion physiq. et aux Sports	CHAILLEY- BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et so- ciale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préven- tive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIEDELÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale ...	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préven- tive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale ...	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)	
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
		FÈVRE (M.)
	Clinique de chirurgie infantile et orthopéd. (Enf. Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
	Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)	
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..	LENÈGRE (J.)	
Cliniques médicales	Boucicaut	SOULIÉ (P.)
	Broussais	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Cochin	BARIÉTY (M.)
	Hôtel-Dieu	SÈZE (S. de)
	Lariboisière	DREYFUS (G.)
	Pitié	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine		
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climato- logie (Bichat)	DEBRAY (C.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DÉROT (M.)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vinc.-de-Paul)	LELONG (M.)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ...	COSTE (F.)	
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)	
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)	
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)	
Séméiologie médicale	DOMART (A.)	
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)	
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..	TURPIN (R.)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine { BOUR (H.)
LHERMITTE (F.)
PEQUIGNOT (H.)

**II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS
ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS**

Anatomie :

MM. CABROL (C.)
COUINAUD (C.)
GILLOT (C.)
OLIVIER (G.)

Anatomie pathologique :

M^{lle} GAUTHIER-VILLARS (P.), pr. s. ch.
MM. ABELANET (R.)
BUSSET (F.)
CHOMETTE (G.)
GOUYGOU (Ch.), m. confér.
NEZELOFF (Ch.)
ORCEL (L.)
PAILLAS (J.)

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.)
VOURC'H (G.)

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.)
CHRISTOL (D.)
LE MINOR (L.)
TOURNIER (P.)

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), m. confér.
BOURILLON (R.)
CARTIER (P.)
DREYFUS (J.-Cl.)
GONNARD (P.)
KRUEH (J.)
JÉROME (H.)

*Biologie appliquée à l'Éducation Physique
et aux Sports :*

M. PLAS (F.)

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.)
DENOIX (P.)
MATHÉ (G.)
SELIGMANN (M.)

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.)
DUPERRAT (B.)

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.)

Hématologie :

MM. BESSIS (M.)
BILSKI-PASQUIER (G.)
DAUSSET (J.)
DUHAMEL (G.)

Histologie :

MM. COUJARD (R.), pr. s. ch.
MAROIS (M.)
RACADOT (J.)

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.)
CORNET (A.)

Hygiène :

MM. BOYER (J.), pr. s. ch.
BLANCHER (G.)
M^{me} CORRE-HURST (L.)
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.)

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.)
DUPONT (V.)

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), pr. s. ch.
FOURNIER (E.)
GUENIOT (M.)
HADENGUE (A.)

Médecine du travail :

M. ALBAHARY (C.)

Neuro-Chirurgie :

M. PERTUISSET (B.)

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE LORIER (G.)
LÉVY (J.)
MORIN (P.)
MUSSET (R.)
ROBEY (M.)
SENÈZE (J.)
SUREAU (C.)
THOYER-ROZAT (J.)

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.)
DUBOIS (A.)
SARAUX (H.)

Orthopédie :

MM. JUDET (R.)
MEARY (R.)
POSTEL (M.)
RAMADIER (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.)
PIALOUX (P.)

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.)
LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.)
BINET (J.-P.)
CAUCHOIX (J.)
CERBONNET (G.)
CHATELIN (C.-L.)
DUBOST (Ch.)
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GARBAY (M.)
GARNIER (H.)
GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de)
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LEVÊQUE (B.)
LOYGUE (J.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)

Pathologie exotique :

M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.)
BERTHAUX (P.)
BOIVIN (P.)
CROSNIER (J.)
HARTMANN (L.)
LOEPER (J.)
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
RICHET (G.)

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRICAIRE (H.)
BRISAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CATINAT (J.)
CHRÉTIEN (J.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
ETIENNE (J.-P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHE (Cl.)
LESOBRE (R.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)

NICK (J.)
ROYER (P.)
TOURNEUR (R.)
WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
MANDE (R.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie :

MM. BARRES (G.)
DEJOURS (P.)
DURAND (J.)
GIRARD, m. confér.
HUGELIN (A.)
SCHERRER (J.)

Physique médicale :

MM.CHANTEUR (J.)
GOUGEROT (L.), m. conf., pr. s. ch.
GREMY (F.), m. confér.
MILHAUD (G.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J.-Cl.)
TUBIANA (M.), m. confér.

Pneumo-phthisiologie :

MM. KREIS (B.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)

Psychiatrie :

M. PICHOT (P.)

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.)
DUCHÉ (D.)
FLAVIGNY (H.)
LAPRESLE (J.)

Rhumatologie :

M. DELBARRE (F.)

Stomatologie :

M. CERNEA (P.)
M^{me} CHAPUT (A.), m. c. agr.
M. GRELLET (M.)

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.)
LAMOTTE (M.)
MARCHE (J.)

Urologie :

MM. AUVERT (J.)
MOULONGUET (A.)
QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Anatomie :

M. DEBEYRE (J.)

Clinique chirurgicale :

MM. ABOULKER (P.)

AMFLINE (A.), pr. s. ch.

VERNE (J.-M.)

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.)

RAMBERT (P.)

THIEFFRY (S.)

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.)

MAYER (M.)

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.)

OFFRET (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique :

M. MADURO (R.)

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.)

Clinique psychiatrique :

M. BARUK (H.)

Clinique urologique :

M. KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

<i>Bactériologie</i>	HAUDUROY (P.), pr. s. ch.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	RUDLER (J.), pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)

LAUNAY (C.)

<i>Secrétaire général de la Faculté</i>	M. LENA (J.)
<i>Secrétaire principal</i>	Mlle CHAINTREUIL (G.)
<i>Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine</i>	M. le Docteur HAHN (A.)
<i>Conservateur</i>	Mlle DUMAITRE (P.)
<i>Bibliothécaires</i>	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

A MES PARENTS,

*qu'ils trouvent ici l'expression
de toute ma reconnaissance et de
toute mon affection.*

A TOUTE MA FAMILLE.

A Monsieur le Professeur JEAN GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
de l'Hôpital Saint-Antoine.

*Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre recon-
naissance et de notre respectueuse
admiration.*

A Monsieur le Docteur R. LEIBOVICI,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,

*qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive recon-
naissance pour l'enseignement et
les précieux conseils qu'il nous a
prodigués pendant notre internat.*

A Monsieur le Docteur SOUPAULT,
Président de l'Académie de Chirurgie,

*qu'il trouve ici l'expression de
notre très grande admiration.*

A Monsieur le Docteur J. DEMIRLEAU,
Maître de Conférences agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux,

*qui nous a fait bénéficier de sa
longue expérience et nous a tou-
jours honoré de son amitié.*

A Monsieur le Docteur LICHNEWSKY,

*en témoignage de ma recon-
naissance.*

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

Stages MM. le Professeur G. LAROCHE,
 le Docteur SEILLE,
 le Docteur MORIN,
 le Professeur PADOVANI,
 le Docteur BENDA,
 le Professeur R. DEBRÉ.

Externat MM. le Professeur PADOVANI,
 le Docteur BILLET,
 le Professeur LAROCHE,
 le Professeur agrégé ROBESY,
 le Docteur SEGUY,
 le Professeur VARANGOT,
 le Professeur agrégé MOZZICONACCI.

Internat de l'Hôpital Saint-Joseph,

 MM. le Docteur JULLIEN,
 le Docteur CHEVALLIER.

Internat MM. le Docteur LONGUET,
 le Professeur P. FUNCK-BRENTANO,
 le Docteur MEILLÈRE,
 le Docteur LEIBOVICI,
 le Professeur FÈVRE.

A nos autres Maîtres dans les Hôpitaux,

MM. le Professeur agrégé H. G. ROBERT,
le Docteur AUROUSSEAU,
le Professeur agrégé COUINAUD,
le Professeur agrégé PELLERIN,
le Docteur BIENAYME.

Aux Assistants, qui nous ont guidé pendant notre internat.

MM. le Docteur SAKS,
le Docteur PIRONNEAU,
le Docteur CHAMBRAUD,
le Docteur CAPLIER,
le Docteur POTEL,
le Docteur MATHIS,
le Docteur SULTAN.

Au Docteur SOMIA,
Médecin de l'Hôpital Franco-Musulman,

*qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude pour les
conseils qu'il nous a prodigués et
l'amitié qu'il n'a cessé de nous
témoigner.*

Au Docteur T. SARRADJ,

*qui a suscité notre admiration
par sa droiture et son abnégation.*

A Monsieur ROGER BELLON,

*que nous remercions ici de la
très grande amitié qu'il nous a
toujours témoignée.*

INTRODUCTION

Ces dernières années, la chirurgie du sphincter d'Oddi, a fait l'objet de multiples publications. Les sphinctérotomies plus ou moins larges, les sphinctéroplasties ont été proposées, par certains avec modération, par beaucoup d'autres avec les indications les plus larges.

Depuis vingt-cinq ans, notre maître le Docteur LEIBOVICI pratique la dilatation méthodique de la papille à l'aide de l'instrumentation de BAKÈS et réserve la sphinctérotomie à des cas bien précis.

Les inconvénients et les accidents qu'on a pu imputer à la dilatation instrumentale du sphincter d'Oddi ont été exagérés et surtout affirmés plus sur des impressions que sur des preuves cliniques. Quant à ses avantages, nous montrerons avec quelle simplicité et quelle rapidité nos opérés ont été guéris.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

1° A L'ÉTRANGER :

De nombreux travaux furent pratiqués. Il convient de rappeler quelques dates essentielles de la chirurgie biliaire :

Langenbuck réalise la première cholécystectomie en 1882.

Dans les années qui suivirent se posa le problème du traitement des lithiases de la voie biliaire principale, et l'introduction par Kehr de son drain cholédocien en « T » amena une véritable révolution dans le traitement des calculs cholédociens. Cette découverte remonte à 1897, mais il faut dire qu'à l'époque Kehr proposait un véritable siphonnage du cholédoque drainant à l'extérieur souvent plus d'un litre de bile par jour, et l'on conçoit que les différents accidents observés fréquemment aient amené les chirurgiens à rechercher une autre technique de drainage cholédocien qui ne présenterait pas les dangers du drain de Kehr.

Sasse, en 1913, réalise l'anastomose cholédoco-duodénale et celle-ci eut d'emblée la faveur de tous les chirurgiens de langue allemande et fut largement diffusée dans le monde entier. Elle réalisait un progrès énorme par rapport au drainage biliaire externe, mais cependant les accidents à plus ou moins longue échéance liés au reflux et à la stase dans la voie biliaire principale devaient en restreindre progressivement les indications.

De nombreux auteurs, entre autres Matas, Potoschnig, Rost, Haberer avaient déjà proposé une dilatation de la papille sans cependant en préciser les modalités et les avantages.

C'est Bakès de l'Université de Brno (Tchécoslovaquie) qui, en 1928, propose la dilatation méthodique de la papille dans le but d'éviter le drainage cholédocien. Bakès rejetait les cholédocotomies avec suture primitive du cholédoque mais sans drainage de la cavité péritonéale comme le faisait Pribram. Il considérait qu'une cholédocotomie ne peut être parfaitement étanche quelle qu'en soit la technique de fermeture ; il propose donc d'associer une dilatation méthodique et douce du sphincter d'Oddi et un drainage de la cavité péritonéale mais sans drainage cholédocien.

Bakès rapporte son expérience de 250 cholédocotomies où furent pra-

tiquées une dilatation méthodique du sphincter d'Oddi. Il se sert à cet effet de sondes olivaires montées sur des tiges métalliques de cuivre ou de bronze, courbes, malléables et terminées par un petit manche. Il peut ainsi modeler la tige de façon à épouser la courbure du cholédoque et franchir aisément la papille car les sondes olivaires sont de diamètre croissant et vont de 3 à 13 mm. Il insiste sur le fait que la dilatation doit être toujours une manœuvre douce et prudente, mais jamais un forage, et précise n'avoir jamais observé aucun incident lors des dilatations. Il insiste sur le fait que la dilatation est permanente, persistant plusieurs mois et le démontre par plusieurs observations où la béance de la papille est vérifiée par autopsie de quelques malades atteints d'angiocholite grave et décédés de trois à dix jours après l'opération. Dans tous les cas, la dilatation persistait et l'on passait aisément à travers la papille une olive de même taille que celle qui avait procédé à la dilatation. Mieux encore, il rapporte un cas de lithiasé cholédocienne avec ictère où la papille avait été dilatée jusqu'à 13 mm. Le malade devait décéder 76 jours après l'opération d'une hémorragie foudroyante provoquée par un ulcéro-cancer de l'estomac. Ici encore l'ouverture de la papille lors de l'autopsie était permanente et le dilateur n° 13 passait aisément. Les études microscopiques de toutes ces papilles ne révélaient pas de modification de sclérose cicatricielle qui aurait pu être à l'origine de sclérose ultérieure. Enfin, Bakès rapporte deux cas de calculs laissés lors de l'intervention dans la voie biliaire principale et qui ont été éliminés par la papille dilatée 9 ou 10 jours après l'intervention.

Bakès pense qu'il ne peut pas y avoir de reflux duodénal dans les voies biliaires, car le sphincter dilaté conserve parfaitement sa fonction, en raison de sa structure histologique parfaitement conservée.

Enfin, Bakès insiste sur la rareté des scléroses cicatricielles de la papille et dit n'avoir jamais rencontré de papilles qui ne puissent se laisser dilater aisément. Il propose en cas de papille indilatable un abord transduodénal de la papille, une incision de celle-ci et une suture entre bas-cholédoque et duodénum.

Nous voyons donc que Bakès, sans posséder les moyens modernes d'investigations, avait bien vu que l'avenir des opérés du cholédoque dépend essentiellement de l'état de leur sphincter d'Oddi. Il proposait même une sphinctéroplastie en cas d'oddite scléreuse. Il convient ici de rappeler que Mac Burney, Kocher, Collins voient leurs noms intimement liés aux opérations portant sur la papille.

Del Vallé devait décrire en 1928 l'Oddite scléreuse qui devait marquer un tournant dans l'évolution de la chirurgie biliaire.

Des auteurs américains, Cheever en 1929, Judd et Marchall en 1930, devaient également proposer à l'instar de Bakès une dilatation systématique de l'Oddi. Leurs résultats étaient encourageants et aucun accident imputable à la dilatation n'était relaté par ces différents auteurs.

Kirschner dans son édition américaine « Operative Surgery » parue en 1933 insiste sur le fait que la papille doit être largement perméable. Il conseille de s'en assurer par l'injection intra-cholédocienne de liquide mais pense que, de toute façon, seule une exploration instrumentale permet de

vérifier l'ouverture du sphincter d'Oddi. Il propose une dilatation absolument identique en ce qui concerne l'instrumentation et la technique à celle qu'avait proposé Bakès. Il n'en cite cependant nulle part le nom et il faut finalement chercher à cette omission plus des raisons nationalistes qu'une rivalité professionnelle. Kirschner conseille la fermeture primitive du cholédoque en ces termes : « Je considère que le drainage du cholédoque tel qu'il est pratiqué aujourd'hui est un procédé périmé et antiphysiologique, un procédé que la chirurgie biliaire moderne devrait finalement rejeter. Dans ma propre expérience qui est assez grande en chirurgie biliaire, des années se passent sans qu'il y ait eu un cas où j'ai jugé nécessaire de faire un drainage externe du cholédoque. Je n'ai pas eu d'inconvénients par cette méthode ».

Il faut signaler qu'en 1930 Mirizzi avait proposé la cholangiographie qui devait permettre une étude plus poussée de la voie biliaire principale et de la jonction cholédoco-duodénale, c'est-à-dire l'ampoule de Vater et le sphincter d'Oddi.

Arthur, Allen et Wallace, en 1935, insistent sur l'intérêt de la dilatation de la papille et pensent que si la papille est convenablement dilatée, on verra diminuer considérablement les réinterventions cholédociennes. Ils insistent sur la fréquence des calculs restants après les cholédocotomies pour lithiase et adoptent le dilatateur de Bakès. Eux aussi montrent l'absence de tissu cicatriciel au niveau d'une papille dilatée et eux aussi citent l'exemple de calculs cholédociens oubliés ayant secondairement migré par le sphincter d'Oddi convenablement dilaté.

Ils étendent les indications de l'exploration instrumentale per-opératoire de la voie biliaire principale et sur un total de 901 interventions biliaires pratiquées de 1931 à 1934 à l'hôpital général de Massachusetts, 269 d'entre elles ont comporté une exploration du cholédoque et 107 fois (40 % des cholédoques explorés) furent trouvés des calculs. Chacune de ces explorations de la voie principale comportait une dilatation méthodique du sphincter d'Oddi et l'on peut dire que le taux de mortalité est identique, soit qu'on ait pratiqué simplement une opération vésiculaire isolée, soit qu'on ait en plus exploré le cholédoque.

Les auteurs n'ont jamais eu de reflux duodénal. Les complications pancréatiques furent rares. S'il y eut un cas de pancréatite aiguë après dilatation, il y en eut trois après cholécystectomie simple.

La possibilité de fausse route instrumentale n'a jamais été vérifiée en raison du soin et de la douceur apportés à la dilatation.

Enfin, il n'y eut jamais de sténose cicatricielle de l'Oddi, chez leurs opérés. D'ailleurs, ils pratiquèrent une expérimentation sur le chien, sur laquelle nous reviendrons.

Zollinger en effet, en 1938, devait combattre violemment la dilatation instrumentale de la papille en montrant, par une expérimentation faite sur le chien, que la papille dilatée revient à sa taille primitive, que la première semaine qui suit la dilatation s'accompagne d'un œdème papillaire intense.

Histologiquement, il montrait que des lésions d'hémorragie et d'in-

flammation aiguë survenaient dans les jours suivant immédiatement la dilatation et qu'après un mois, la papille présentait des lésions de sclérose cicatricielle.

Zollinger terminait par une expérimentation clinique comportant la prise des pressions intra-cholédociennes chez des opérés biliaires et voulait montrer que les pressions de perfusion ainsi que les pressions résiduelles étaient plus élevées et le demeuraient plus longtemps chez les malades qui ont subi une dilatation de la papille que chez les opérés ayant eu une cholédocotomie simple.

Cet article devait sans aucun doute jeter le discrédit sur la dilatation méthodique du sphincter d'Oddi, or nous apporterons plus loin les preuves que nous n'avons jamais observé après dilatation de l'Oddi de telles complications. Cependant, de nombreux chirurgiens américains continuèrent de dilater le sphincter d'Oddi et Cattell mentionne par de multiples publications l'intérêt de la dilatation de la papille. Il la pratique soit isolément, soit le plus souvent associée à son long drain en « T » (long T tube). Dans les obstacles oddiens, il dilate systématiquement la papille aux dilatateurs de Bakès et par la cholédocotomie il introduit son drain en T dont la branche inférieure passe librement sans forcer — c'est là un point capital — à travers la papille et va donc permettre un drainage biliaire interne transvatérien. Lorsque la papille ne se laisse pas dilater en raison d'une oddite scléreuse vraie, il propose alors une sphinctérotomie et associe toujours à celle-ci son drainage transvatérien. Il laisse son tube en place plusieurs mois et c'est là un des gros reproches qu'on a pu faire à sa méthode.

Enfin, signalons qu'un groupe de chirurgiens de Detroit : Brock E., Brush, Ponka, Damazo rapportent une expérience de 198 dilatations du sphincter d'Oddi. Ils font la part des oddites majeures où la dilatation sera toujours calibrée par un drain en T de Cattell et les oddites mineures où la dilatation est facile et s'accompagnera d'un drain de Kehr.

De 1935 à 1952, époque pendant laquelle, ils pratiquèrent ces 198 dilatations, treize fois seulement furent pratiquées des sphinctérotomies pour sténose très serrée du sphincter d'Oddi.

Mirizzi dans son traité sur la lithiase de la voie biliaire principale publiée en 1957 oppose les oddites mineures fonctionnelles aux oddites scléreuses rétractiles. Il pense que les premières céderont spontanément après l'élimination des causes d'irritation : vésicule lithiasique, calculs cholédociens. Il pense au contraire que l'obstacle anatomique pourra se trouver intensifié par le processus cicatriciel provoqué par la dilatation instrumentale. Nous verrons cependant, plus loin, la rareté de l'oddite scléreuse rétractile vraie et surtout la difficulté d'en affirmer l'existence.

2° EN FRANCE :

Les publications anciennes suivirent, on peut le dire, la mode internationale. Nous avons eu sous les yeux les épreuves d'un article que notre maître R. Leibovici devait publier dans le *Journal de Chirurgie* en 1938 sur le traitement des calculs du bas-cholédoque : avec une très précise ico-

nographie ; il y avait détaillé les différentes opérations valables en pareil cas dont la papillotomie et surtout la *dilatation méthodique du sphincter d'Oddi* à l'aide de l'instrumentation de Bakès. Pour des raisons de personne et de circonstances, cet article ne fut pas publié au dernier moment et on peut aujourd'hui se demander quelle aurait été la diffusion de cette méthode particulièrement efficace.

Caroli devait, en 1939, diffuser la radiomanométrie per-opératoire et l'on sait les progrès énormes qu'elle a pu faire réaliser tant dans le traitement des calculs cholédociens que dans la connaissance des lésions de la région papillaire.

Après la guerre, le drainage cholédocien par drain transvatérien fut à l'honneur et le nom de Champeau y est intimement lié. Dans son traité de chirurgie des voies biliaires, Champeau préconise l'emploi de son drain transpapillaire de préférence à la dilatation forcée de la papille. Ses idées sur le drain transpapillaire sont proches de celles de Cattell, il pense que le drain transpapillaire est efficace tant par la dilatation qu'a nécessitée l'introduction du drain que par la dilatation chronique qu'impose le drain pendant toute la durée où il est en place. Il assure en quelque sorte un rôle de modelage du sphincter d'Oddi. Lui aussi oppose les petites oddites qui guériront par un simple drainage aux oddites scléreuses irréversibles qui nécessiteront une section du sphincter sténosé. Citons dès maintenant un des inconvénients du drain transpapillaire : l'impossibilité de faire une cholangiographie de contrôle post-opératoire apportant des renseignements sur le cholédoque et sur le jeu sphinctérien.

Albot et Poilleux, dans les « Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu de 1959 », font état des accidents graves à type de pancréatite aiguë observés au cours du drainage transpapillaire lorsque celui-ci est introduit en force et obstrue totalement la papille. Il est intéressant de constater que dans le traitement de l'oddite les auteurs recommandent une sphinctérotomie étroite, intéressant uniquement le sphincter commun complétée au besoin par une dilatation du bas-cholédoque à l'aide des dilatateurs de Bakès. C'est pourtant l'époque de grande vogue de la sphinctérotomie et de la sphinctéroplastie préconisées par l'école algéroise.

Goinard et Pélissier, dans leur « Thérapeutique chirurgicale des ictères par rétention », font état des inconvénients du drainage à la Cattell. Outre la longue durée du traitement, ils insistent sur la difficulté de dilater le sphincter, sur le fait qu'une obstruction œdémateuse et inflammatoire de la papille est de diagnostic difficile et que les dilatateurs peuvent passer au travers de cette sténose qui n'en constituera pas moins un sérieux empêchement à l'écoulement de la bile. Enfin, ils insistent sur les risques du drainage transpapillaire et sur les pancréatites aiguës qui ont pu se voir au cours de telles interventions. Ils se font les champions de la sphinctéroplastie permettant après duodénotomie première un abord par le bas-cholédoque des calculs cholédociens et permettant grâce à la béance de la papille un drainage de la bile, de calculins et de boue biliaire. Ce fut alors la vogue de la sphinctérotomie, qu'elle soit de principe, et certains en avaient l'indication très large, ou de nécessité qui reste actuellement la seule valable

à nos yeux. Il est intéressant de noter que rapidement les deux auteurs algérois allaient chercher à limiter cette diffusion excessive de la sphinctéroplastie. Ils faisaient état de complications lors de sphinctérotomies d'indication facile par des opérateurs moins avertis, ils citaient bon nombre d'hémorragies secondaires, d'accidents pancréatiques aigus où l'on pouvait invoquer comme cause, soit un reflux duodénal, soit la suture de Wirsung par un des points ourlant la sphinctéroplastie.

Un colloque sur la sphinctérotomie fut tenu en septembre 1961, dans le service du Professeur Poilleux à l'hôpital Broussais. Les résultats éloignés de la sphinctérotomie y étaient présentés et étaient dans l'ensemble satisfaisants. Les accidents immédiats ont été détaillés et au premier chef de ceux-ci, ce sont les pancréatites aiguës qui ont assombri les suites immédiates de la sphinctérotomie. L'angiocholite a été rapportée par quelques auteurs. Il semble qu'on en soit venu à pratiquer une sphinctérotomie de nécessité devant une lésion oddienne, organique et irréversible. L'étendue de la sphinctérotomie doit être mesurée.

C. Olivier dans son « Traité de Chirurgie des voies biliaires » est assez réservé en ce qui concerne la sphinctérotomie, ne la réservant qu'aux cas d'oddite scléreuse vraie irréversible. Il insiste sur la rareté de l'oddite scléreuse vraie retrouvée au cours d'autopsies systématiques alors qu'on sait, au contraire, la fréquence des lithiasés cliniquement bien tolérées, méconnues et découvertes dans l'examen post-mortem.

Soupault, à propos du traitement de l'oddite, envisage deux prises de positions antagonistes selon qu'on préjuge de l'irréversibilité ou de la possibilité de régression de la lésion oddienne. Dans le premier cas, la section du sphincter s'impose de toute évidence ; au contraire, la dilatation de l'Oddi est valable dans le traitement des oddites réversibles mais l'auteur reste réticent devant les complications éventuelles possibles de la dilatation de la papille, au premier plan de celles-ci, les fausses routes et les complications pancréatiques.

Roux, Debray et Le Canuet, dans leur « Traité de chirurgie des voies biliaires extra-hépatiques », opposent également les deux variétés d'oddite. Au point de vue pathogénique, ils pensent que la lithiasé est généralement une conséquence et non la cause de la lésion oddienne. Ils pensent « qu'il est d'ailleurs vraisemblable que l'irritation mécanique entretenue par la lithiasé et les réactions inflammatoires qu'elle est susceptible de provoquer seront des facteurs supplémentaires de réaction fonctionnelle de l'Oddi ». Enfin, ils pensent que l'exploration instrumentale du bas-choledoque est un bon moyen de faire la preuve de l'oddite scléreuse devant l'impossibilité de dilater la papille par bougirage.

Salembier, parlant des interventions sur le sphincter d'Oddi dans la lithiasé et l'oddite, relate un bon pourcentage de dilatations méthodiques du sphincter d'Oddi. Dans toutes les interventions portant sur le sphincter, il conseille, afin de diminuer le danger ultérieur de pancréatite, de pratiquer une infiltration de toute la région pancréatique avec une solution de Xylocaïne à 2 %. De même, les malades sont systématiquement traités par les inhibiteurs de trypsine les premiers jours qui suivent l'intervention.

Il semble que le contrôle de la fonction oddienne par la kinésimétrie per et post-opératoire, comme le recommandent Poilleux et son élève Michon, doive faire réaliser un net progrès tant en ce qui concerne le diagnostic de la lésion oddienne lors de l'intervention qu'en ce qui concerne l'appréciation du résultat de celle-ci par une étude post-opératoire du jeu du sphincter d'Oddi. Les auteurs pensent que dans la majorité des cas l'oddite se comporte comme une lésion secondaire qui régresse parfaitement après suppression de sa cause et mise au repos temporaire des lésions. Pour eux, l'oddite scléreuse vraie, irréversible, est rare : en effet, elle représente 30 % des oddites organiques et moins de 10 % des cas de lithias cholédocienne observés par les deux auteurs.

Leur étude des courbes kinésimétriques leur a permis d'individualiser trois cas :

Si le jeu oddien est fait d'ondulations normales, l'altération oddienne est fonctionnelle soit hypotonique, soit hypertonique.

Si au contraire le jeu oddien est fait d'ondulations anormales, l'altération du sphincter est organique et, dans ce groupe, on distingue l'oddite œdémateuse où l'œdème muqueux va gêner l'ouverture du sphincter et l'oddite interstitielle où il existe une atteinte de la musculuse.

S'il n'existe plus de jeu oddien, c'est alors le chapitre des akinésies.

Celles-ci peuvent être normotoniques ou hypotoniques ; les akinésies hypertoniques seront le fait d'un obstacle calculeux ou d'une oddite scléreuse.

Nous voyons donc les conclusions thérapeutiques fort intéressantes qui peuvent être tirées de l'étude des courbes kinésimétriques.

Par ailleurs, les auteurs démontrent que le traumatisme opératoire perturbe peu le jeu du sphincter d'Oddi.

Ils ont pratiqué des contrôles kinésimétriques post-opératoires et ont vu dans les cas d'oddite œdémateuse ou interstitielle, une normalisation progressive de la courbe sous l'influence d'un drainage biliaire à la Kehr et après suppression de la vésicule malade.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE LA DILATATION MÉTHODIQUE DU SPHINCTER D'ODDI

I. — MATÉRIEL UTILISÉ

Celui-ci doit être soigneusement choisi et nous pensons que bon nombre d'accidents observés au cours de tentatives de dilatation sont en fait liés à l'emploi d'un matériel inadéquat.

Nous employons le jeu complet de dilata-teurs de Bakès (cf. figure).



Il convient d'insister sur le fait que l'olive est absolument mousse à son extrémité, est atraumatique, glissant facilement sur la muqueuse cholédocienne. La tige, elle, est aisément malléable et l'on peut ainsi lui donner toutes les courbures voulues en fonction de la taille et de la direction du cholédoque que montrent les cholangiographies per-opératoires. Tout danger de fausse-route, à condition de rester doux durant les manœuvres, est donc totalement évité.

Nous proscrivons par contre formellement les béniqués qui ont été utilisés par différents auteurs et qui, eux, nous paraissent fort dangereux en raison de leur courbure inadaptée et de leur extrémité pointue.

Nous terminons assez souvent les dilatations par l'emploi du clamp coudé de Gouilloud destiné dans le Wertheim à enlever l'utérus en vase clos, introduit par la cholédocotomie sus-duodénale dont l'extrémité mousse pénètre facilement dans le duodénum en raison de la coudure de ses mors. L'ouverture de celui-ci, une fois qu'on lui a fait franchir le sphincter, permet souvent de parfaire la dilatation du sphincter d'Oddi.

Nous nous servons bien entendu de pinces à calculs de différents modèles

et de différentes courbures. Nous donnons la préférence aux pinces de Desjardins et aux pinces de Mirizzi.

Nous procédons toujours à un lavage de la voie biliaire principale à l'aide de la seringue de Soupault permettant d'éliminer boues biliaires, petits calculins, et caillots sanguins.

II. — TEMPS PRÉLIMINAIRES A LA DILATATION

Nous abordons les voies biliaires par laparotomie verticale paramédiane droite. Celle-ci en effet permettant de récliner aisément le muscle droit, offre le double avantage d'avoir d'une part un excellent jour sur le pédicule hépatique, d'autre part de permettre une réparation solide de la paroi en fin d'intervention. Lorsque les difficultés opératoires sont prévues, notamment en cas de malade trapu ou très gras, ou lorsqu'il s'agit d'une réintervention biliaire ou que l'état des voies biliaires s'annonce très inflammatoire, nous utilisons une incision en équerre de l'hypocondre droit, type incision de Rio Branco.

1) RADIOMANOMÉTRIE PER-OPÉRATOIRE.

Nous la pratiquons par intubation du cystique après dissection du trépid biliaire. Un premier cliché est pris après injection de quelques gouttes de Diodone, ce premier cliché mesurant la pression intracanalair de départ. Puis nous établissons une étude manométrique soigneuse de la voie principale, visualisant cholédoque et papille et permettant par un cliché en hyperpression l'opacification de l'arbre biliaire supérieur.

Il sera tenu compte dans la tactique opératoire du type de lithiase : s'agit-il d'un gros calcul unique ou bien de petits calculs multiples, ou bien d'un empiérement complet du cholédoque. Enfin dans certains cas, cette cholangiographie per-opératoire permet de découvrir lors d'une intervention pour cholécystite banale, une lithiase cholédocienne qui n'avait été soupçonnée ni par la clinique, ni par les radiographies pré-opératoires ni même bien entendu par le palper du cholédoque.

Nous apprécions l'état du cholédoque, son degré de dilatation éventuelle, sa direction, une éventuelle courbure et sa longueur, le siège de la papille, habituellement siégeant à la partie moyenne du deuxième duodénum, dans d'autres cas d'implantation haute ou à l'inverse siégeant sur la troisième portion du duodénum, franchement sous-mésocolique.

Le jeu de l'Oddi a déjà été précisé par l'étude des pressions de passage et l'établissement des résiduelles successives ; la lecture des clichés permettra de voir le défilé oddien, sa scuplesse, la hauteur de la zone terminale pouvant être pathologiquement rétrécie. Enfin, nous pourrons dans certains cas déceler un reflux dans le canal de Wirsung.

2) DÉCOLLEMENT DUODÉNO-PANCRÉATIQUE.

Nous pratiquons systématiquement un décollement duodéno-pancréatique poussé loin jusqu'à la veine cave inférieure. Il est parfois également utile d'abaisser l'angle colique droit lorsqu'il est haut situé. La tête du pancréas, le cholédoque rétro-duodénal et intra-pancréatique et la papille peuvent alors être aisément palpés entre pouce et autres doigts de la main.

3) TAILLE CHOLÉDOCIENNE ET ABLATION DES CALCULS.

Nous procédons à une cholédocotomie verticale sus-duodénale et à l'ablation des calculs à la pince, explorant le bas-cholédoque, l'hépatique commun et ses branches droite et gauche. Une curette biliaire mousse permet de ramener des fragments de calculs, des fragments de boues biliaires.

III. — CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR DE LA PAPILLE

Le diamètre normal d'un sphincter d'Oddi est évalué habituellement à 3 mm (4 mm pour Cattell).

Nous commençons à explorer la papille par le dilatateur de 3 mm après avoir courbé la tige selon la direction et la longueur du cholédoque. Nous essayons de franchir la papille en douceur avec ce dilatateur. Si celle-ci s'annonce infranchissable nous ne forçons jamais. Il faut alors se demander si l'obstacle n'est pas calculeux et l'on peut trancher la question en confrontant les données de la cholangiographie et du palper du cholédoque en suivant le dilatateur et en percevant parfois à son extrémité un calcul sur lequel il butte.

Si la papille est infranchissable, nous procédons alors à une duodénotomie suivie de papillotomie.

Si, au contraire, le dilatateur de 3 mm a franchi la papille, nous procédons alors à la dilatation progressive du sphincter d'Oddi. Il faut absolument palper l'olive et la voir sous la muqueuse duodénale pour affirmer le franchissement de la papille ; faute de quoi, l'opérateur peut croire avoir franchi le défilé oddien, alors qu'il n'a en fait que repoussé la papille devant le dilatateur.

IV. — DILATATION PROGRESSIVE DU SPHINCTER D'ODDI

La papille étant repérée entre le pouce et l'index nous allons introduire par la cholédocotomie des dilatateurs de diamètre progressivement croissant. Rappelons à ce propos que c'est la paroi droite du cholédoque qui est le repère essentiel du cathétérisme de celui-ci au même titre que la paroi antérieure de l'urètre est le guide du cathétérisme urétral. Le franchissement du sphincter se traduit par une impression de ressaut tant à l'aller qu'au retour du dilatateur.

La dilatation progressive peut alors se passer de plusieurs façons :

1) On a parfois l'impression d'une résistance lors du passage du premier ou des deux premiers dilateurs. Ceux-ci franchissent cependant la papille sans qu'on ait jamais eu besoin d'effectuer cette manœuvre en force. La dilatation devient ensuite facile, les dilateurs franchissant tous aisément la zone oddienne et la dilatation se terminant par le passage des gros dilateurs de 10, 11 et 12 mm. Il est vraisemblable que la résistance, lors des premiers passages, était liée à l'existence d'un diaphragme muqueux ou même d'un véritable prépuce muqueux enchatonnant la papille et qui s'est laissé aisément distendre par le passage du premier dilateur.

2) Plus souvent le franchissement de la papille par dilateur est précédé d'une impression de résistance molle, aisée à vaincre, celle-ci cédant avec ressaut lors du franchissement de la papille. Le degré de cette résistance est le même lors de chaque passage de dilateur de diamètre croissant, mais elle permettra aisément une dilatation progressive de la papille, jusqu'au diamètre le plus élevé : 12 à 13 mm. Ces cas correspondent à des degrés mineurs d'oddite.

3) Parfois, nous avons l'impression d'une résistance fibreuse dès le passage des dilateurs les plus fins. Nous tentons alors de procéder doucement à une dilatation de la papille, deux éventualités sont alors à envisager.

Dans bon nombre de cas, nous arrivons tout de même à dilater la papille jusqu'à 6 mm, continuant nos manœuvres, nous arrivons patiemment à glisser dans la papille les dilateurs de calibre plus élevé. Nous nous en tenons là, pensant qu'il s'agissait d'une oddite plus marquée que précédemment avec atteinte de la musculuse du sphincter.

Ailleurs la résistance fibreuse est plus marquée, on ne peut pas franchir la papille avec un dilateur de 6 mm, nous ne tentons aucune manœuvre de force et procédons alors à une sphinctérotomie. Celle-ci s'impose de toute évidence, car il s'agit dans ces cas d'oddite scléreuse vraie.

4) Parfois, les premiers cathéters ont aisément franchi la papille sans même donner l'impression de résistance molle, mais lorsqu'on arrive aux gros numéros, les dilateurs sont gênés dans le franchissement du cholédoque en amont de l'Oddi. Il s'agit alors d'une compression extrinsèque du cholédoque par pancréatite chronique comme peuvent le faire prévoir les cholangiographies qui montrent un cholédoque rétro-pancréatique rétréci. C'est bien sûr dans ces cas que l'on pourrait redouter une réaction de pancréatite aiguë dans les suites opératoires, nous ne l'avons cependant jamais observée, car nous procédons à une infiltration large à l'aide de Xylocaïne de la zone de décollement duodéno-pancréatique, de la loge pancréatique et des splanchniques.

V. — LAVAGE CHOLÉDOCIEN

Nous terminons toujours, par un lavage cholédocien à la seringue, et ramenons souvent boue, graviers, calculins qui auraient pu être une gêne au jeu de l'Oddi dans les jours qui suivent l'intervention.

VI. — MISE EN PLACE DU DRAIN DE KEHR

Le drain de Kehr doit être mis en place avec une minutie extrême.

Nous utilisons les drains en caoutchouc de petite taille ou mieux, en latex mince et translucide, dont la partie intra-cholédocienne est coupée en demi-cylindre. Leur introduction dans les gros cholédoques peut être facilitée par l'emploi de la valve de M. Soupault. La cholédocotomie est soigneusement refermée de part et d'autre du drain de Kehr, la suture de la brèche cholédocienne étant réalisée au catgut fin.

L'étanchéité du drain de Kehr est vérifiée en injectant à la seringue du sérum sous pression, ce qui permet en outre un véritable rinçage des voies biliaires.

Nous procédons pour terminer à une radiomanométrie par le drain de Kehr ; celle-ci nous permet de vérifier la vacuité de la voie biliaire principale et le jeu du sphincter d'Oddi dilaté, par l'étude des pressions de passage en fin d'intervention.

VII. — CHOLÉCYSTECTOMIE

La vésicule est bien entendu toujours enlevée et le lit vésiculaire drainé par principe.

VIII. — CAS PARTICULIERS

1) DILATATION APRÈS PAPILLOTOMIE.

Dans certains cas où nous avons dû pratiquer une papillotomie pour calcul enclavé de la papille, cette papillotomie est toujours limitée et nous terminons par une dilatation du sphincter d'Oddi à la vue ; et l'on se rend compte par la duodénotomie à quel point le passage des dilatateurs peut être atraumatique.

2) DILATATION PAR UN GROS CYSTIQUE.

Lorsque le diamètre du cystique est suffisamment large, nous procédons à l'ablation des calculs et à la dilatation de la papille par l'intermédiaire du cystique. Nous terminons en laissant un drainage transeystique du cholédoque.

IX. — PROGRÈS DE NOTRE MÉTHODE PAR RAPPORT A LA DILATATION COMME LA PRATIQUAIT BAKES

R. Leibovici procède à la dilatation méthodique de la papille depuis plus de 25 ans et sa méthode actuelle présente d'incontestables avantages par rapport à la technique que proposait Bakès en 1928.

1) La cholangiographie per-opératoire permet, nous l'avons vu, une appréciation parfaite de la voie biliaire principale ; elle repère en outre avec précision l'abouchement du cystique, et celui de l'ampoule de Vater.

2) « Le drain de Kehr moderne » tel que le conçoit Leibovici permet toujours un contrôle de la fuite biliaire et permet par des radios post-opératoires des contrôles précoces et répétés.

3) Le drain de Kehr permet également d'instiller des antibiotiques et de raccourcir la phase septique des suites opératoires. Nous donnons notre préférence aux instillations bi-quotidiennes de Colimycine par le drain de Kehr. Il est à noter que l'étude du taux de concentration de cet antibiotique dans la bile alors qu'il est injecté par voie générale est déjà très élevé.

CHAPITRE III

LES INCONVÉNIENTS ET LES INCIDENTS QU'ON A PU ATTRIBUER A LA DILATATION INSTRUMENTALE DE LA PAPILLE

On a pu accuser à tort la dilatation de la papille d'être responsable de certains incidents voire accidents et c'est sans doute en raison de leur crainte que la dilatation de la papille est peu pratiquée. Nous allons voir successivement quels peuvent être ces incidents et nous montrerons par quelques observations choisies parmi beaucoup d'autres que la crainte de ces accidents ne se justifie absolument pas.

I. — ŒDÈME PRÉCOCE DE LA PAPILLE

Zollinger le rendait responsable de l'augmentation des pressions de perfusion et des pressions résiduelles mesurées les premiers jours chez des malades où la papille avait été dilatée. Étudiant histologiquement des papilles dilatées chez l'animal, il retrouvait des lésions d'hémorragies et d'inflammation aiguë trois jours après la dilatation.

Pour des raisons matérielles nous n'avons pu pour l'instant reproduire une telle expérimentation. Cependant, cet œdème de la papille nous apparaît pour le moins minime.

I) CLINIQUEMENT.

Si l'œdème de la papille était important nous devrions observer les premiers jours une fuite biliaire importante par le drain de Kehr. Or, ce problème ne nous a jamais préoccupés, la quantité de bile perdue les premiers jours de l'intervention est toujours aisément contrôlable et ne dépasse jamais 2 à 300 g de bile par jour si on ne siphonne pas le cholédoque. Par ailleurs, le malade ne se plaint absolument pas et n'a pas durant les premiers jours qui suivent l'intervention de troubles liés à un défaut de drainage biliaire.



1 a

BON..



1 b

2) RADIOLOGIQUEMENT.

Une majeure partie de nos opérés a eu une étude radiologique de sa voie biliaire principale les 5^e ou 6^e jours qui ont suivi l'intervention. Les pressions de passage n'ont jamais été exagérément élevées, les pressions résiduelles étaient souvent notablement plus basses que les pressions mesurées lors de la radiomanométrie per-opératoire. L'image du défilé oddien ne montrait pas de rétrécissement de celui-ci comme l'aurait réalisé un œdème de la papille.

3) OBSERVATIONS DE MALADES AYANT SUBI UNE DILATATION DE LA PAPILLE, CHEZ QUI ON A PRATiqué PRÉCOCEMENT UNE CHOLANGIOGRAPHIE.

Observation n° 1. — Mme BON... Suzanne.

Diagnostic : Cholécystite calculeuse avec empiérement du cholédoque et oddite.

Intervention le 29 juin 1962 (D^r Lebovici) : il s'agit d'une malade obèse, les voies biliaires sont abordées par une incision type Rio Branco. On tombe sur une vésicule bourrée de calculs et très inflammatoire. Le cholédoque est gros et l'on pratique une cholangiographie par intubation du cystique. Les pressions de passage sont élevées et l'on note sur les clichés 3 à 4 gros calculs du cholédoque associés à plusieurs petits (radio n° 1 a). On extrait par cholédocotomie 4 gros calculs, les autres plus petits sont extraits difficilement et il en existe un enclavé dans l'ampoule qui sera finalement extrait avec beaucoup de difficultés. Le dilateur n° 4 est arrêté par un certain degré d'oddite, mais l'on arrive tout de même à franchir la papille ; à partir de 6 mm, les passages sont plus aisés, et l'on arrive à dilater la papille jusqu'à 12 mm. Un drain de Kehr est placé et suturé étanche.

La vésicule bourrée de calculs est enlevée. Les suites opératoires sont bonnes et des cholangiographies sont pratiquées par le drain de Kehr le 6^e jour. Celles-ci montrent (radio n° 1) un passage duodénal facile avec une *pression initiale de passage* à + 12 cm et une *résiduelle qui s'établit autour de 9 cm*. Le cholédoque est encore un peu dilaté sans image calculeuse. Après ces cholangiographies, les suites ont été idéales et le drain de Kehr enlevé dans les délais habituels.

Observation n° 2. — Mme RA... Zisla, 69 ans.

C'est une malade admise dans le service de Monsieur Leibovici à l'Hôpital Saint Antoine le 14 janvier 1958 pour cholécystite calculeuse.

Depuis plusieurs années, cette malade présente des crises de diarrhée marquée avec endolorissement vague sous-costal droit. Elle a fait en 1957, une crise de colique hépatique typique. On ne retrouve pas d'antécédents d'ictère.

L'examen clinique ne retrouve qu'un point douloureux vésiculaire, des cholangiographies montrent une lithias vésiculaire avec 3 calculs dans le collet de la vésicule, le cholédoque mal visualisé paraît cependant normal. L'intervention est pratiquée le 18 janvier 1958 par le Docteur Lichniewsky : la vésicule contient de nombreux calculs. Une radiomanométrie est faite par le cystique, les premiers passages se font à + 13 cm, la résiduelle s'établit à 6. Le cholédoque n'est pas dilaté, mais il contient plusieurs images claires, arrondies qui ressemblent à des bulles d'air, mais qu'on n'arrive pas à éliminer (radios n° 2 a et 2 b). Une cholédocotomie sus-duodénale est pratiquée, on ne trouve pas de calculs dans le cholédoque. La papille est dilatée jusqu'au n° 7. Un drain de Kehr est placé et son étanchéité est vérifiée. La vésicule est enlevée, des radios sont faites en fin d'inter-



20

RA..



2 b

RA...



2 c

RA...



2 d

vention, qui montrent un passage duodénal aisé et une voie principale indemne de toute image suspecte.

Les suites sont simples, la déperdition biliaire est d'environ 300 g. Des cholangiographies de contrôle par le drain de Kehr sont pratiquées après le 6^e jour (radios 2 c et 2 d). Le premier passage duodénal se fait à 10 cm, la pression résiduelle s'établit à 9. Le cholédoque est de volume normal et de teinte bien homogène. Le défilé oddien est très net. Le drain de Kehr est alors enlevé le 13^e jour après l'intervention, la fuite biliaire se tarit aussitôt.

La malade a été revue le 16 avril 1959. Elle ne suit pas de régime et ne présente plus aucun trouble.

II. — ODDITE TRAUMATIQUE

Nous ne reviendrons pas sur les lésions d'oddite traumatique décrites par Zollinger. Citons cependant un article de Doubilet qui pense que la sténose fibreuse de l'Oddi ne se voit que dans les cas où une réaction inflammatoire des voies biliaires s'est accompagnée de lésions du sphincter d'Oddi par un calcul enclavé du bas-cholédoque, ou encore, lorsque le bas-cholédoque a été traumatisé par le passage d'une sonde ou d'un dilateur.

Allen et Wallace, dans leur expérimentation chez le chien, n'ont jamais observé de lésions graves de la région oddienne chez les chiens qu'ils ont sacrifiés.

Nous n'avons jamais observé un cas où l'on puisse parler d'oddite traumatique. Nous pensons que nos dilatations ont toujours été parfaitement tolérées en raison de leur douceur. Quant à l'expérimentation pratiquée par Zollinger, il nous paraît difficile de vouloir comparer les résultats de dilatation pratiquée, d'une part chez l'animal normal, n'ayant pas d'affection pathologique des voies biliaires, d'autre part chez l'être humain atteint de lithiase biliaire ayant entraîné un dysfonctionnement ou une lésion définitive du sphincter d'Oddi.

Là encore, la modicité de la déperdition biliaire dans les suites opératoires immédiates, des cholangiographies pratiquées de quelques jours à un mois après l'intervention, voilà autant d'éléments permettant d'exclure la soi-disant oddite traumatique.

Dans certains cas, cependant, où la sténose de l'Oddi est quelque peu serrée, faisant hésiter entre la poursuite de la dilatation et la pratique d'une sphinctérotomie, nous poursuivons la dilatation instrumentale de la papille après infiltration de Xylocaïne et luttons contre un éventuel œdème oddien traumatique par l'emploi d'Alpha-Chymotrypsine.

Observation n° 3. — Mme GAR... Julie.

C'est une malade âgée de 47 ans qui, depuis 7 ans, présente des crises douloureuses et fébriles de l'hypocondre droit. Une des premières crises s'était accompagnée d'un ictère persistant pendant trois semaines et des radios pratiquées au décours de l'ictère avaient montré une vésicule exclue. La malade avait alors refusé l'intervention, mais devant la fréquence et l'intensité des crises, la malade entre à l'Hôpital Saint Antoine le 15 octobre 1960. L'examen, à son entrée, ne



3 a

GAP



3 b

trouve qu'un signe de Murphy ; une biligraphie montre une voie biliaire principale dilatée sans qu'on puisse affirmer la présence de calculs. L'opération est pratiquée le 28 octobre 1960 (Docteur Mathis).

La vésicule est scléro-atrophique, une radiomanométrie faite par le cystique montre des pressions de passage normales et montre l'existence d'au moins deux calculs dans la voie principale (radio n° 3 a).

La vésicule est enlevée. Par cholédotomie sont enlevés deux calculs cholédociens et une boue calculeuse importante. La papille est largement dilatée. Le cholédoque est fermé sur drain de Kehr.

Les suites opératoires immédiates sont fébriles et compliquées d'embolie pulmonaire. Sur le plan biliaire, la déperdition de bile est peu abondante et l'on pratique une cholangiographie le 12^e jour. Celle-ci montre un passage duodénal aisé avec une pression résiduelle à 11, le cholédoque est moins dilaté que lors de l'intervention (radio n° 3 b). Le drain de Kehr est enlevé le 15^e jour et l'écoulement biliaire est nul. La malade quitte l'hôpital le 16 novembre 1960 ne présentant plus aucun trouble.

Observation n° 4. — Mme DOU... Jacqueline.

C'est une malade de 27 ans sans aucun antécédent digestif qui, à partir du 17 juin 1960, après quelques excès alimentaires s'est mise à souffrir de l'hypocondre droit. Cette douleur irradiée vers le dos s'accompagnait de nausées et de fièvre à 38°. La crise a cédé en quelques heures, mais s'est répétée les semaines suivantes, si bien que la malade a présenté 12 à 15 crises entre le 17 juin et le 28 août. Lors de cette dernière crise est survenu un ictère qui a amené l'hospitalisation de la malade dans le service de Monsieur Caroli. Cet ictère douloureux ne s'accompagne pas de fièvre, une grosse vésicule a été perçue de façon transitoire.

L'intervention est pratiquée le 31 août 1960 par le Docteur Mathis qui trouve une vésicule tendue et bourrée de calculs. Une radiomanométrie est pratiquée par le cystique qui montre un cholédoque un peu dilaté et surtout une absence totale de passage duodénal (radio n° 4 a). Par cholédotomie on extrait un calcul du bas cholédoque. La papille est alors aisément dilatée et un drain de Kehr est mis en place. La vésicule est enlevée.

Les suites opératoires sont des plus simples, la déperdition biliaire se situe aux alentours de 350 g par jour, l'ictère s'atténue et disparaît rapidement. Une cholangiographie est faite le 8^e jour ; elle montre d'excellents passages duodénaux, la pression résiduelle se situe aux alentours de 15 cm, le défilé sphinctérien apparaît très souple (radio n° 4 b). Le drain de Kehr est enlevé le 11^e jour, il n'existe après son ablation aucune fuite biliaire et la malade quitte le service le 14^e jour après l'intervention.

Elle a été revue en février 1961, elle ne présente plus aucun trouble et ne suit plus aucun régime.

III. — PANCRÉATITE

Les adversaires de la dilatation de la papille ont souvent mis en avant le risque de pancréatite aiguë que celle-ci faisait courir au malade. Pour notre part, nous avons vérifié les dossiers des 176 dilatations de la papille mentionnées dans le tableau des opérations biliaires qui ont servi à notre étude. Nous n'avons observé après dilatation aucune réaction de pancréatite aiguë dans les suites opératoires.

Nous nous entourons cependant de quelques précautions. C'est ainsi



4 o

DOU...

4 b



que pendant l'intervention, région pancréatique et splachnique sont volontiers infiltrées de Xylocaïne, après l'intervention et surtout dans les cas où l'on a découvert un noyau de pancréatite chronique, nous soumettons le malade à un traitement préventif, employant pendant quelques jours les anti-enzymes.

La pancréatite peut, certes, se voir après n'importe quelle opération biliaire, même celles ne portant pas sur la voie biliaire principale et l'on a pu décrire des pancréatites aiguës compliquant des cholécystectomies simples en apparence des plus banales.

Il est à noter que la pancréatite aiguë a souvent compliqué la mise en place de drain transpapillaire. Entre autres causes, on peut dans ce cas penser que le drain ne jouant pas librement dans la papille peut obstruer le canal de Wirsung, expliquant ainsi la réaction aiguë du pancréas.

Surtout bon nombre d'auteurs ont insisté ces dernières années sur la fréquence des pancréatites aiguës hémorragiques après sphinctérotomie et sphinctéroplastie. Cette fréquence est même une des raisons essentielles pour lesquelles les partisans fanatiques de la sphinctérotomie en ont largement diminué les indications. On a pu lors de la sphinctéroplastie expliquer les complications aiguës pancréatiques soit par des fausses routes lors du cathétérisme rétrograde du cholédoque, soit par des sutures accidentelles de l'extrémité du canal de Wirsung.

IV. — FAUSSE ROUTE

En se servant du dilatateur de Bakès, nous n'avons jamais observé aucun accident de fausse route. En effet la douceur extrême toujours de mise dans une dilatation, le repérage préalable de la papille par les cholangiographies, le caractère absolument atraumatique de l'olive et la coudure adéquate donnée au manche du dilatateur expliquent qu'une telle complication n'est absolument pas à craindre.

V. — PERMANENCE DE LA DILATATION

On a pu prétendre que la dilatation du sphincter de l'Oddi ne durait que quelques jours voire que celle-ci s'accompagnait d'un spasme du sphincter, rétrécissant celui-ci et allant à l'encontre du résultat désiré. Tout dans notre étude nous amène à affirmer que la dilatation instrumentale progressive du sphincter d'Oddi est permanente et durable. Un certain nombre d'arguments nous permet de le démontrer.

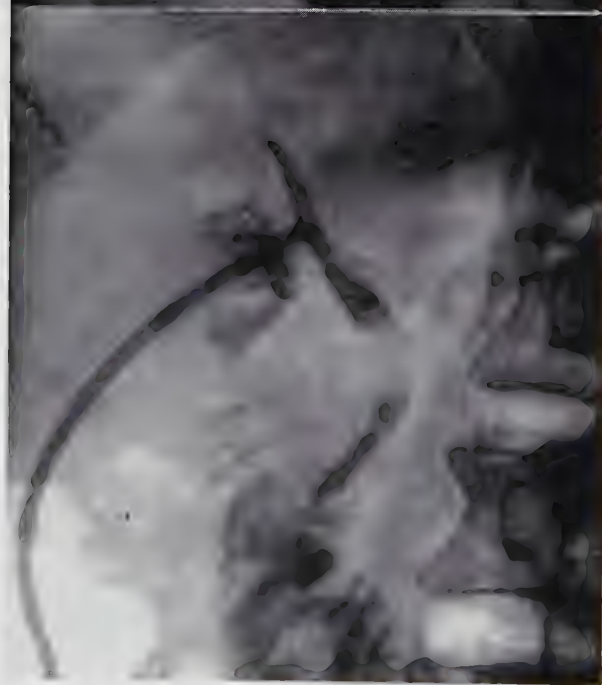
1) *Fuite biliaire* : nous avons déjà vu qu'elle restait toujours minime et surtout se tarissait rapidement après l'ablation du drain de Kehr, ce qui ne se produirait en aucun cas, si le sphincter d'Oddi n'était largement béant.

2) *Radiographies post-opératoires* : des radiographies post-opératoires



5 a

MOS...



5 b



5 c



MOS...

5 d

tardives nous ont permis d'affirmer tant par l'étude des pressions de passage, que par l'aspect radiologique du défilé oddien, que la dilatation de celui-ci persistait après l'intervention.

Observation n° 5. — M. Mos...

C'est un malade âgé de 72 ans et soumis depuis plusieurs années à un traitement anti-coagulant prescrit à la suite d'un infarctus du myocarde et qui présente, depuis 12 ans, des crises douloureuses de l'hypocondre droit ; ces crises surviennent actuellement de façon plus fréquente, s'accompagnent de fièvre et de frissons et ont fait poser l'indication opératoire malgré l'âge du malade et malgré son état myocardique.

L'intervention est pratiquée le 7 septembre 1962 par le Docteur Leibovici. Un cardiologue suivra cliniquement et électriquement le malade pendant toute l'intervention. La vésicule contient de nombreux calculs et surtout des cholangiographies par intubation transcystique montrent un calcul du cholédoque avec un défilé oddien aisément franchissable (radio n° 5 a). Le calcul est extrait par cholédocotomie. La papille est largement dilatée aux dilatateurs de Bakès et il est à noter que le passage des gros dilatateurs s'est accompagné transitoirement d'une accélération du rythme cardiaque du malade.

Dans les suites opératoires furent pratiquées trois séries de cholangiographies, les deux premières séries (radios n° 5 b et 5 c) montrent un certain degré d'œdème de la papille qui ne gêne en rien l'écoulement de bile comme le prouve la faible quantité de bile recueillie par le drain de Kehr. La dernière série de cholangiographies est faite le 10 octobre, soit un peu plus d'un mois après l'intervention. Les passages sont très faciles, le cholédoque est de taille normale, sa terminaison est normalement effilée sans aucun œdème résiduel (cliché n° 5 d). Le drain de Kehr est enlevé après cette dernière cholangiographie et son ablation n'est suivie d'aucune fuite biliaire.

Signalons que pendant toutes ces suites opératoires, l'état du malade n'a jamais été inquiétant et que depuis l'intervention, il n'a pas présenté un seul accès douloureux coronarien.

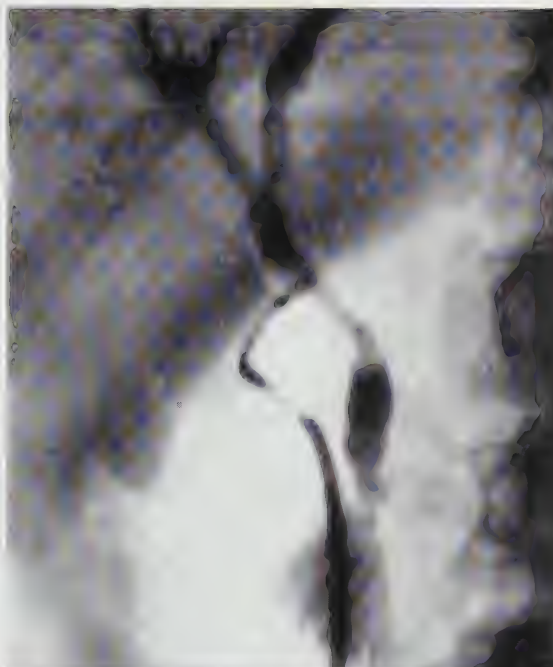
3) *La migration des calculs oubliés par le sphincter dilaté.*

Dans plusieurs cas, des calculs méconnus ont pu secondairement migrer par la papille dilatée et c'est bien là une des preuves des plus marquantes du caractère durable et de la permanence de cette dilatation. Nous avons déjà vu les deux exemples de Bakès où ont été éliminés 9 et 10 jours après l'intervention les calculs laissés dans le cholédoque lors de l'intervention où l'auteur avait pratiqué une dilatation de la papille.

Observation n° 6. — M. HEL... André.

Ce malade est vu en septembre 1961 pour des crises douloureuses subintrantes de l'hypocondre droit dont le début remonte à 12 jours alors que ce malade avait fait trois crises de colique hépatique les mois précédents. Les radios pré-opératoires confirment la lithiase vésiculaire.

L'intervention est pratiquée le 8 septembre 1961 par le Docteur Leibovici. La vésicule contient une quarantaine de petits calculs et est très inflammatoire. Le cholédoque est souple dans sa partie haute et fortement indurée dans la zone où la vésicule était venue s'accoler à lui. Les cholangiographies montrent qu'il existe une cholédocite segmentaire, on ne voit pas d'image calculeuse (radio n° 6 a). Par le cystique l'exploration instrumentale de la voie biliaire principale ne ramène pas de calculs. On pratique par l'intermédiaire du cystique une dilatation de la papille,



60

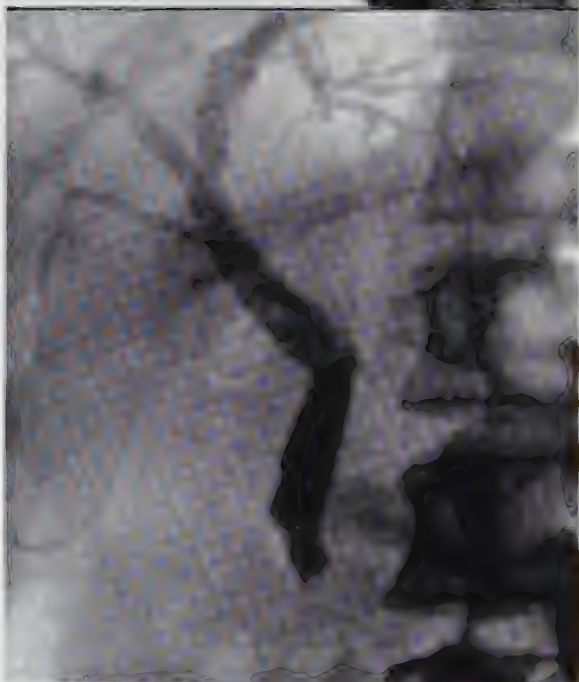
HEL...



66

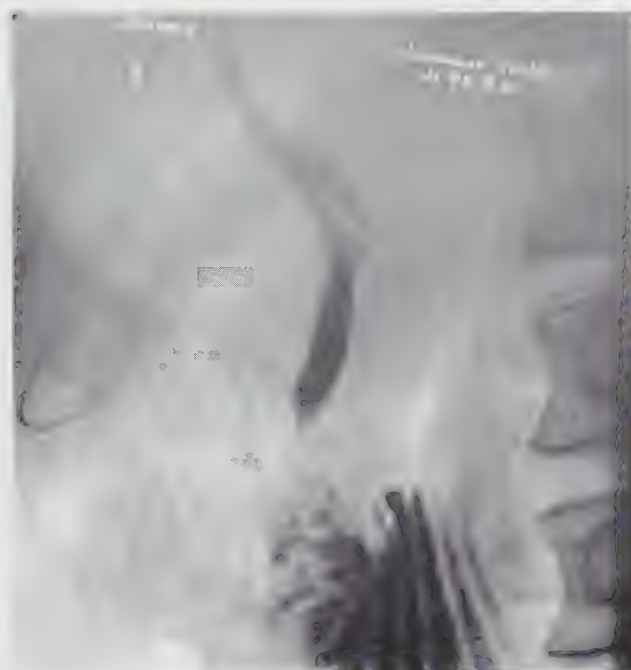


6 c



HEL

6 d



6 e

HEL...

l'étroit diamètre du cystique ne permet pas d'introduire de dilatateur au-dessus de 3 mm, et l'on place un cathéter en polytène par le moignon cystique. La vésicule est enlevée. Une cholangiographie est pratiquée le 14 septembre et montre l'existence indiscutable d'un calcul résiduel mobile dans le cholédoque et retrouvé sur toute la série de radios (radios n° 6 b et 6 c). Une seconde série de radios pratiquée le 18 septembre montre l'absence totale de passage duodénal avec enclavement probable du calcul dû à la pression de la Diodone (radio n° 6 d). On décide alors de pratiquer la méthode de Pribram à laquelle le malade se soumet avec docilité en la combinant avec des tubages duodénaux. Le 22 septembre, le malade présente une crise douloureuse et les jours suivants il ne présente plus aucun trouble. Les cholangiographies sont pratiquées le 28 septembre (radio n° 6 e). Le cholédoque apparaît de calibre presque normal, les passages duodénaux sont aisément obtenus, on ne trouve plus aucune ombre calculeuse, le défilé papillaire apparaît parfaitement souple. Le drain transcystique est alors enlevé, il ne se produit aucune fuite biliaire dès son ablation.

4) *Des réinterventions ont permis de vérifier la permanence de la dilatation.*

Des réinterventions biliaires chez des opérés ayant subi une dilatation de la papille nous ont permis par un second cathétérisme de vérifier la permanence de la dilatation. En effet, un dilatateur de la taille du plus grand numéro passé lors de la première intervention franchissait aisément la papille qui était largement dilatée.

Observation n° 7. — Mme REN... Noémie, 55 ans.

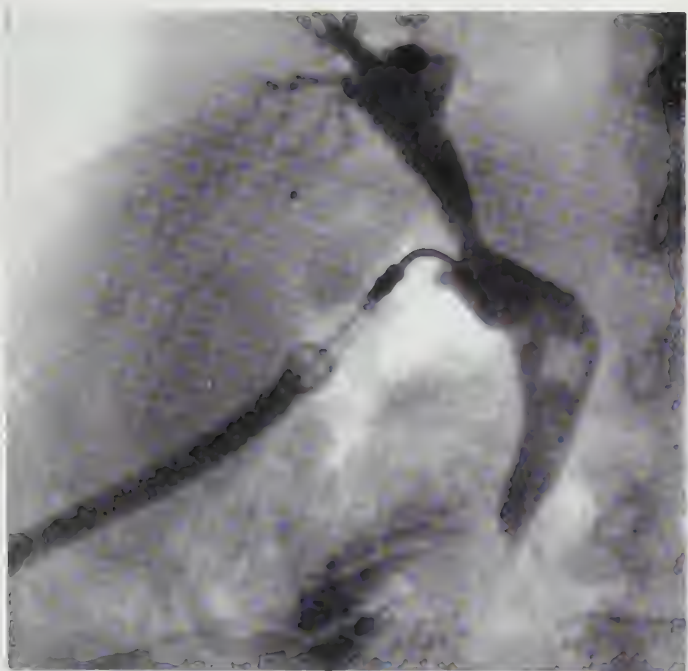
C'est une malade qui, depuis 1954, a présenté plusieurs crises de coliques hépatiques cédant au traitement médical. Elle est admise à l'hôpital Saint Antoine le 5 mai 1962, pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit ayant débuté 4 jours auparavant, s'accompagnant de vomissements et de fièvre autour de 39°. Il n'y a pas d'ictère cutanéomuqueux, mais les urines sont foncées. Le diagnostic de cholécystite aiguë est porté et la malade est soumise au traitement médical.

Une biligraphie est pratiquée le 15 mai et l'indication opératoire est portée devant l'existence de calculs cholécociens associés à une vésicule scléro-atrophique.

L'opération est pratiquée le 30 mai 1962 (Nouredine). La vésicule est inflammatoire, contenant du pus et la dissection du trépied biliaire est laborieuse. Une radiomanométrie est faite par intubation du cystique. Les pressions de passage sont normales et il existe trois ombres calculeuses au niveau du cholédoque (radio n° 7 a). Les trois calculs sont extraits par cholédocotomie sus-duodénale et l'on pratique une dilatation méthodique du sphincter d'Oddi jusqu'à l'olive n° 10 après avoir exploré les voies biliaires supérieures. Un drain de Kehr est placé dans le cholédoque.

Les suites sont simples. La déperdition biliaire quotidienne est de 150 à 200 cc par jour, la température est normale. Une cholangiographie de contrôle est pratiquée. Les pressions de passage sont basses mais il existe un calcul résiduel unique du cholédoque (radio n° 7 b).

La réintervention est décidée et pratiquée le 19 juin par le Docteur Leibovici: de nombreuses adhérences avec pédiculite intense rendent très difficile l'approche du pédicule hépatique dont le drain de Kehr est le meilleur repère. Après reprise de l'ouverture cholécocienne, on ne retrouve pas de calcul ni dans la partie basse du cholédoque dont la papille reste largement dilatée, ni vers le hile où l'exploration des canaux hépatiques droit et gauche s'avère négative. Les passages duodénaux sont aisés et la papille reste dilatée jusqu'au n° 10. On est amené à conclure que le calcul est probablement passé à travers la papille pendant les cinq



7 a

REN...

7 b



jours séparant les radios de contrôle et la réintervention et l'on regrette de ne pas avoir fait de radio sur table avant d'opérer ; ou bien le premier dilatateur a poussé le calcul devant lui, mais le calcul ne sera pas retrouvé dans les selles soigneusement conservées après la réintervention. Un nouveau drain de Kehr est mis en place et des radios vérifient en fin d'intervention que la voie biliaire principale est parfaitement libre.

Là encore les suites opératoires sont simples et des radios de contrôle sont pratiquées le 29 juin : les passages duodénaux sont aisés, il n'existe pas d'image calculeuse (radio n° 7 c).

Le drain de Kehr est alors enlevé et il ne se produit aucune fuite biliaire. Le malade quitte le service le 7 juillet 1962.

Observation n° 8. — M. HOCH... Kalman, 68 ans.

Il s'agit d'un malade atteint de lithias biliaire connue depuis 1955, date à laquelle on avait déjà trouvé une lithias cholédocienne avec vésicule exclue sur les radios. Le malade avait alors refusé l'intervention. Il a présenté, en septembre 1962, un épisode d'angiocholite aiguë traitée médicalement. Au décours de cette crise, le malade a accepté l'intervention qui a eu lieu le 8 octobre 1962 (Docteur Lichniewsky). On découvre une vésicule inflammatoire scléro-atrophique ne contenant plus de calculs. Le cholédoque est fortement dilaté ; quant au cystique, il n'existe pratiquement plus, la vésicule s'abouchant à plein canal dans la voie biliaire principale. Une cholangiographie par intubation transcystique après cholécystectomie est réalisée (radio n° 8 a) ; les pressions de passage sont normales et la résiduelle s'établit autour de 13 cm. Canaux hépatiques et cholédoque sont dilatés et l'on voit trois calculs mobiles dans la voie principale. Après cholécotomie, on extrait les trois calculs et l'on fait une exploration minutieuse du cholédoque, de l'hépatique et de ses branches d'origine. Puis la papille est méthodiquement dilatée jusqu'à 11 mm. Un drain de Kehr est placé par la branche cholédocienne et sa suture est vérifiée étanche.

Chez ce malade à l'état général médiocre les suites opératoires sont satisfaisantes, mais les cholangiographies post-opératoires ont montré une lithias cholédocienne résiduelle avec une image calculeuse unique indiscutable. La réintervention est pratiquée le 13 décembre 1962. Des cholangiographies sont pratiquées sur la table avant la réintervention et elles montrent l'existence d'un calcul du bas-cholédoque (radio n° 8 b). Après libération difficile, on reprend la cholécotomie antérieure et on ne retrouve aucune trace du calcul cholédocien ni dans le bas-cholédoque, ni vers le hile du foie. Le dilatateur n° 11 passe aisément la papille qui est restée largement dilatée. Une duodénotomie est pratiquée en regard de la papille et un véritable ramonage du cholédoque est pratiqué qui ne ramène rien. La duodénotomie est refermée. Étant donné l'âge du malade, on pratique par sécurité une anastomose cholédoco-duodénale.

Les suites sont alors des plus simples et le malade quitte l'hôpital trois semaines plus tard.

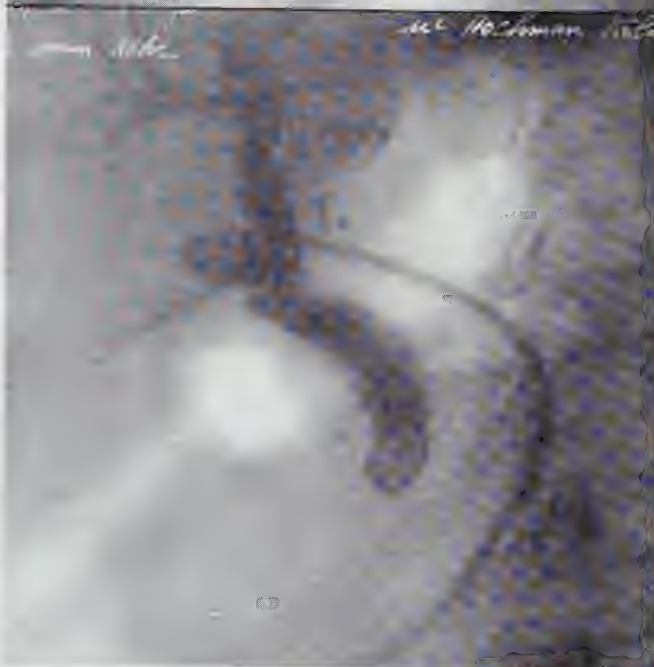
Ces deux réinterventions montrent donc que la papille dilatée le reste et offre un passage aisé à un calcul méconnu lors de la première intervention.

5) *Des examens de pièces anatomiques ont pu également prouver la persistance de la dilatation.*

Allen et Wallace ont sacrifié deux chiens chez qui ils avaient pratiqué une dilatation de la papille et les autopsies pratiquées au 118^e et au 70^e jour



8 a



HOC...

8 b

de la dilatation retrouvèrent une papille admettant facilement le plus gros des dilateurs qui l'avait franchie lors de l'intervention.

Bakès, lui, relate les résultats de cinq autopsies. Quatre de ses opérés sont morts dans les premiers jours et à l'autopsie, la papille était largement dilatée. Mieux encore, il rapporte un cas de lithiase cholédocienne avec ictère où la papille avait été dilatée jusqu'à 13 mm. 76 jours après l'intervention, le malade devait mourir d'hémorragie massive provenant d'un ulcéro-cancer de l'estomac. A l'autopsie, l'ouverture papillaire était large et souple sans tissu cicatriciel. Le dilateur n° 13, 76 jours après l'opération glissait dans le duodénum aussi facilement que lors de la dilatation per-opératoire.

CHAPITRE IV

AVANTAGES DE LA DILATATION MÉTHODIQUE DE LA PAPILLE

I. — DIMINUTION DE LA DÉPERDITION BILIAIRE

La dilatation du sphincter d'Oddi par sa parfaite tolérance les premiers jours, par sa permanence à plus longue échéance, permet un parfait drainage de la bile vers le duodénum. Nous associons toujours, nous l'avons vu, un drainage externe à la Kehr, mais ce drainage ainsi conçu ne présente jamais l'inconvénient de provoquer une déperdition biliaire massive comme on pourrait l'observer si le bas-cholédoque n'était largement perméable. La déperdition biliaire est toujours parfaitement contrôlée et elle est réglée aisément en modifiant le niveau du flacon récepteur de bile, ou celui du tube de caoutchouc qui s'y abouche.

II. — ÉVACUATION DE CALCULS

Les observations princeps de Bakès relatant la migration de calculs laissés lors de l'intervention montrent tout l'intérêt de la dilatation de la papille.

Notre observation n° 6 montre un cas évident de calcul oublié ayant migré secondairement par l'Oddi dilaté. Lors de nos deux réinterventions précoces, observations 7 et 8, les calculs laissés dans le cholédoque avaient, selon toute vraisemblance, franchi spontanément la papille dilatée.

La dilatation de l'Oddi est un élément important du confort post-opératoire des opérés, quand on pense que toute cholédocotomie s'accompagne fréquemment d'expulsion de caillots sanguins dans les suites opératoires, la gêne à l'évacuation de ces caillots pouvant alourdir celles-ci. Lorsqu'il existe des fragments de calculs ou une véritable boue biliaire, même les lavages les plus minutieux ne peuvent suffire à assurer la vacuité parfaite de la voie principale. Là encore, le flot de bile à travers une papille dilatée entraînera facilement les sables qu'on n'avait pu enlever.

De plus, en cas de calculs résiduels, nous pensons que la méthode de Pribram voit ses chances de succès nettement augmenter en raison de la dilatation de la papille. Il est intéressant de signaler que si Pribram voyait sa méthode couronnée de succès bien plus fréquemment que lorsque d'autres auteurs ont tenté de la pratiquer, ces résultats favorables étaient dus au fait que Pribram, à l'instar de la plupart des chirurgiens allemands de l'époque, pratiquait une dilatation de la papille.

III. — ASSOCIATION DE LA DILATATION DE LA PAPILLE A UNE ANASTOMOSE CHOLÉDOCO-DUODÉNALE

Nous pratiquons dans certains cas une dilatation de la papille suivie d'anastomose cholédoco-duodénale. Il s'agit de lithiasse récidivée du cholédoque, d'empierrement cholédocien associés ou non à une pancréatite chronique et survenant chez des sujets âgés ou de résistance médiocre. Le fait d'avoir dilaté largement la papille évite l'encombrement du cul-de-sac inférieur qui a pu être à l'origine d'accidents angiocholitiques après anastomose cholédoco-duodénale. Il est évident, dans ces cas, que beaucoup nous reprocheront de ne pas pratiquer systématiquement un abord trans-duodéal du bas-cholédoque et de ne pas réaliser une sphinctérotomie large ou une sphinctéroplastie. Il nous semble plus prudent, chez ces malades fatigués ou âgés, de réaliser une intervention de sécurité, aisément supportée et de suites opératoires simples, plutôt que de réaliser une section large du sphincter d'Oddi avec les dangers qu'elle comporte, de pancréatite aiguë hémorragique, d'hémorragie duodénale voire de lâchage de la duodénotomie, ce qui n'est pas exceptionnel sur de mauvais terrains.

IV. — PERSISTANCE DU JEU DU SPHINCTER D'ODDI APRÈS DILATATION

Nous pensons de façon absolue que le sphincter d'Oddi dilaté conserve une fonction sphinctérienne valable et nous avons pu l'étudier par l'étude des pressions de passage sur les cholangiographies post-opératoires, par l'étude de la morphologie du défilé sphinctérien, enfin par la pratique de duodénographies faites à distance de la dilatation.

L'étude des pressions de passage, l'étude des résiduelles montrent qu'après dilatation de l'Oddi, il existe un jeu du sphincter d'Oddi absolument normal. Nous pensons qu'il serait intéressant de préciser ce jeu par l'étude de courbes kinésimétriques.

Le défilé sphinctérien étudié sur les cholangiographies de contrôle apparaît très souple. Nous avons pu saisir l'existence de contractions passagères du sphincter d'Oddi, montrant que celui-ci se comportait comme un sphincter normal.

Enfin, des duodénographies faites à distance de l'intervention nous ont

toujours montré l'absence de reflux de baryte dans le cholédoque, la papille ne se laissant jamais forcer.

Cette persistance du jeu de l'Oddi doit être considérée comme un des gros avantages de la dilatation méthodique. En effet, après section limitée du sphincter, il persiste un jeu oddien de bonne qualité, mais il est bien évident qu'après sphinctérotomie plus large, voire sphinctéroplastie, le reflux dans le cholédoque doit être considéré comme très dangereux, facteur d'angiocholite si une stase cholédocienne s'associe à ce reflux.

Observation n° 9. — SAN... Marie, 52 ans.

C'est une malade admise dans le service du Docteur Leibovici pour lithiase vésiculaire. Depuis 5 ans, la malade se plaint de crises douloureuses de l'hypocondre droit irradiant vers le dos et s'accompagnant de nausées et frissons. La température n'a pas été prise. Il n'y a pas eu d'ictère. Des cholangiographies orales montrent une micro-lithiase vésiculaire. La vésicule se vide mal et la voie principale est mal visualisée.

L'intervention est pratiquée le 23 novembre 1961 par les Docteurs Leibovici et Sultan. La vésicule apparaît bourrée de calculs. Une cholangiographie par le cystique montre un cholédoque dilaté contenant deux calculs, l'un dans sa partie basse, l'autre près de la papille. Les pressions de passage sont un peu élevées et la résiduelle s'établit à 13 (radio n° 9 a et b). Après cholédocotomie le premier calcul est extrait facilement à la pince, le dilateur passe facilement la papille, mais on n'arrive pas à chasser dans le duodénum le deuxième calcul enclavé dans la papille. Le segment oddien sus-jacent au calcul est dilaté progressivement et on arrive à déloger le calcul et à l'extraire par le cholédoque. Le sphincter d'Oddi est dilaté méthodiquement jusqu'au n° 9. Un drain de Kehr est placé par la cholédocotomie, la vésicule est enlevée.

Les suites sont simples. La déperdition biliaire est d'environ 100 cc par jour. Une première cholangiographie est faite le 6^e jour après l'intervention, les passages sont faciles, il existe une petite image claire interprétée comme une bulle d'air (radio n° 9 c). Une deuxième série de cholangiographies est faite le 13^e jour après l'intervention. Les passages sont faciles, la résiduelle s'établit à 11 et surtout on note une excellente contractilité du sphincter dilaté dont on suit la contraction sur les radios n° 9 d, e, f. Le drain de Kehr est alors enlevé. Il n'existe pas de fuite biliaire et la malade quitte l'hôpital.

Observation n° 10. — Mme CAM... Rachel, 54 ans.

Il s'agit d'une malade ayant subi en 1941 une cholecystectomie pratiquée par le Docteur Leibovici pour lithiase vésiculaire (la vésicule contenait de nombreux calculs). Elle avait fait un mois après l'intervention une crise de colique néphrétique et n'a présenté aucun trouble de 1941 à 1960. En décembre 1960, la malade fait une crise douloureuse nocturne intense de l'hypocondre droit, irradiant vers le dos, sans nausées, sans vomissements, avec température normale. La douleur avait cédé rapidement au bout de quelques heures. Elle est alors traitée par le Pr Conte. Des radiographies pratiquées en 1961 montrent l'existence de deux calculs dans le bas-cholédoque. Des tomographies confirment l'existence de ces deux calculs. La malade qui, de plus, est obèse repousse l'intervention et des nouvelles radiographies pratiquées en mars montrent qu'il n'existe plus qu'un calcul dans le cholédoque. Étant donné le mauvais terrain chirurgical, puisqu'un calcul s'est spontanément éliminé, on décide un traitement médical en faisant « vivre la malade à Oddi ouvert » et l'on prescrit alors un traitement à base de Sorbitol.



90

SAN



9 b

SAN.



9 6

SAN...



P 6



9 e

SAN...

9 f





10 a

CAM..



10 b

Il persiste un endolorissement permanent sous-costal droit et en août 1962 la malade fait une violente crise douloureuse avec température à 39°, frissons, sub-ictère et urines foncées.

L'intervention est pratiquée le 7 septembre 1962 par le Docteur Leibovici. La région sous-hépatique est d'abord très difficile, très inflammatoire. Le cholédoque est dilaté avec une paroi épaisse, très vasculaire ; le moignon du cystique s'enroule en spirale autour du cholédoque et lui adhère étroitement. Le duodéno-pancréas est mobilisé et la palpation perçoit les calculs dans le cholédoque rétro-pancréatique. Le moignon cystique est disséqué puis ouvert. Il contient vingt-cinq à trente petits calculins. On pratique alors des radiomanométries. Celles-ci montrent l'image de deux calculs cholédociens (radio n° 10 a). Par ailleurs, les pressions de passage sont élevées, la résiduelle s'établit aux environs de 28. Deux calculs sont extraits par cholédocotomie et l'on explore aux dilatateurs de Bakès le bas-cholédoque. Le n° 3 franchit avec quelques difficultés la papille, mais celle-ci est néanmoins dilatée jusqu'à 8 mm. Un drain de Kehr est placé dans le cholédoque.

Les suites opératoires sont simples. Des cholangiographies pratiquées le 17 septembre montrent des passages duodénaux faciles, un défilé oddien parfaitement souple avec une franche image de contraction du sphincter sur un des clichés (radio n° 10 b). Le drain de Kehr est alors enlevé et l'écoulement de bile se tarit aussitôt.

Observation n° 11. — Mme ROG... Elise, 53 ans.

C'est une femme de 53 ans admise le 6 mars 1958 à l'hôpital Saint-Antoine pour des crises douloureuses de l'hypocondre droit dont le début remonte à trois mois. Depuis une vingtaine d'années, cette malade se plaignait de troubles digestifs vagues, d'état nauséux et de douleurs sous-costales droites. C'est depuis le début de 1958 que la douleur est devenue intense nécessitant à plusieurs reprises l'injection de Morphine. Les jours suivant les crises douloureuses, survient un discret sub-ictère ; on ne connaît pas la température.

A l'examen, il existe un point douloureux vésiculaire et des radios avec préparation orale et veineuse montrent une vésicule exclue, une voie principale dilatée à sa partie supérieure, mince à sa partie inférieure.

L'opération est pratiquée le 13 mars 1958 par le Docteur Leibovici. Une radiomanométrie faite par le cystique objective un cholédoque un peu gros sans image de calcul avec un arrêt pré-vertébral net, sans passage dans le duodénum, même à la pression de + 35 (radio n° 11 a). La vésicule lithiasique est enlevée et l'on pratique ensuite une cholédocotomie sus-duodénale. Un cathéter introduit dans le cholédoque butte contre la papille qui est en situation basse, à l'angle D2-D3. Après décollement duodéno-pancréatique, on pratique alors une dilatation du sphincter jusqu'au n° 6 des dilatateurs de Bakès, le diamètre du cholédoque ne permettait pas l'emploi de dilatateurs de diamètre supérieur au n° 6. Un drain transpapillaire de Champeau est alors mis en place et son étanchéité contrôlée. La déperdition biliaire après l'intervention se maintient autour de 300 g par jour ; une cholangiographie est faite le 4 avril qui montre un drain dont la branche inférieure est un peu courte (radio n° 11 b). Le drain est alors clampé et il sera enlevé définitivement le 15 avril, la malade quittant le service trois jours après.

Une duodénographie a été pratiquée le 30 avril 1959, c'est-à-dire 1 an après l'intervention, alors que la malade ne présentait plus aucun trouble, il n'y a aucun reflux dans les voies biliaires (radio n° 11 c).

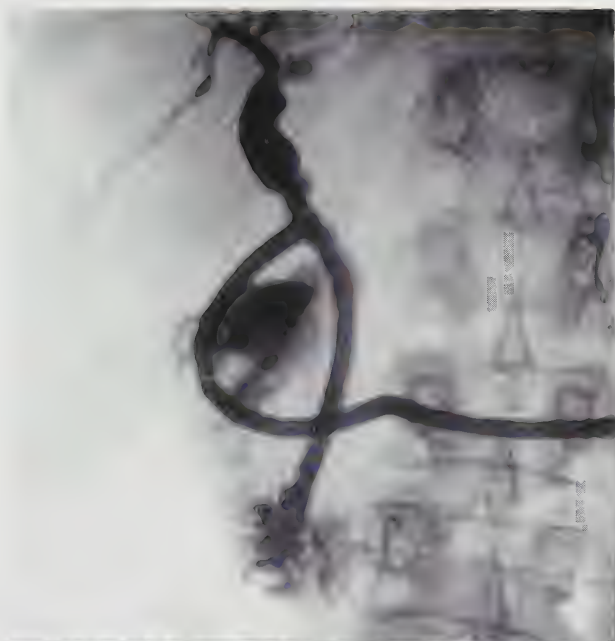
Observation n° 12. — Mme BRU... Marie-Thérèse.

C'est une malade de 29 ans qui est adressée par le Service du Docteur Caroli le 14 juin 1958.



11a

ROG...

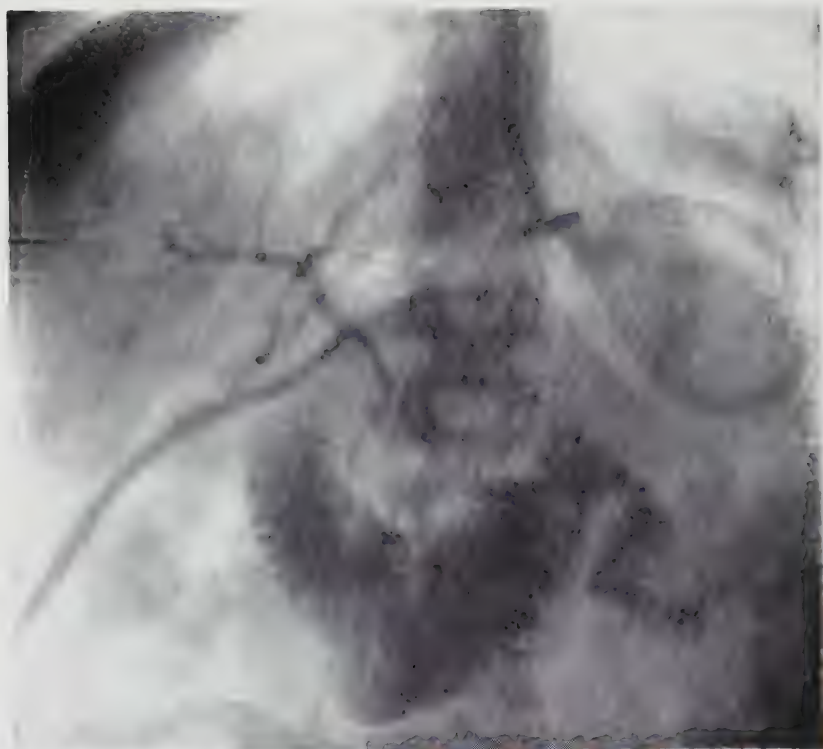


11 b

11 CG.



11 c



12 a

BRU.

12 b





12 c

BRU...

Depuis deux semaines, cette malade présente des crises subintrantes douloureuses de l'hypocondre droit, s'accompagnant d'un état sub-fébrile et de l'apparition d'un ictère vers le 10^e jour. Il n'y a pas de B.S.P. au tubage duodénal et la radio sans préparation montre une vésicule bourrée de petits calculs de 3 ou 4 mm de diamètre. Il existe en outre trois calculs se projetant sur le trajet du cholédoque.

Quatre grossesses antérieures ont été normales. En 1956, une image suspecte du bulbe duodénal avait fait porter le diagnostic d'ulcère et un traitement médical avait été alors entrepris.

L'intervention est pratiquée le 19 juin 1958 par le Docteur Lichniewsky. La vésicule est bourrée de calculs, le cystique est gros, le cholédoque de calibre sensiblement normal. Il existe un noyau de pancréatite de la tête. Une radiomanométrie est faite par le cystique, le cholédoque est peu dilaté, sans calculs visibles, les passages duodénaux sont faciles et la résiduelle s'établit à 7. Une cholédocotomie est tout de même faite et l'exploration cholédocienne est négative. La papille est largement dilatée aux dilateurs de Bakès. Un drain de Kehr est mis en place et son étanchéité vérifiée. On termine par une cholécystectomie rétrograde. De nouveaux clichés en fin d'intervention vérifient la vacuité de la voie principale et la facilité des passages duodénaux (radio n° 12 a).

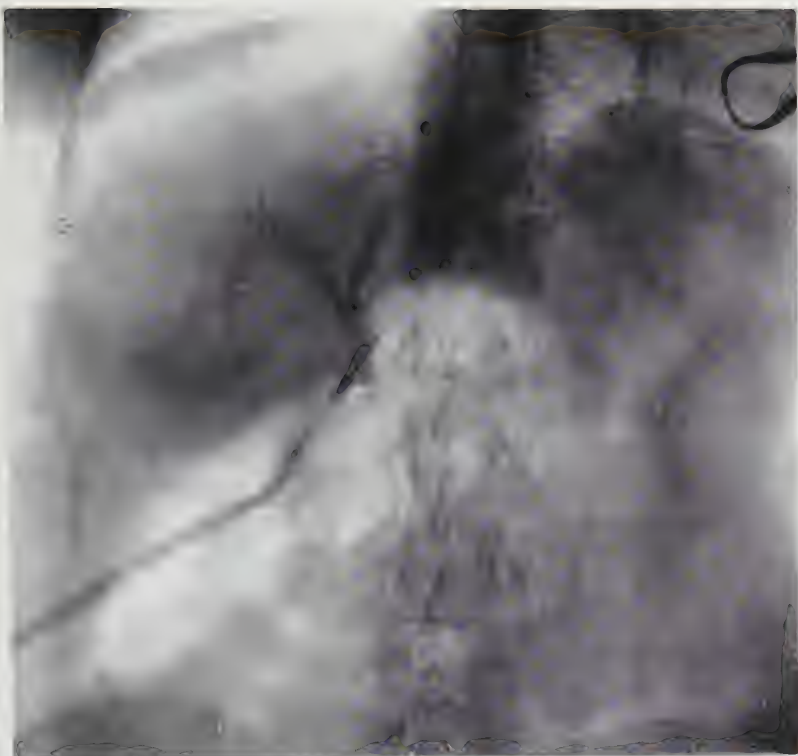
Les suites opératoires ont été des plus simples. Les radios de contrôle sont pratiquées le 8^e jour qui montrent d'excellents passages duodénaux (radio n° 12 b). Le drain de Kehr est enlevé le 14^e jour et la fuite biliaire se tarit en quelques jours. La malade est revue le 18 avril 1959, elle ne suit pas de régime mais a parfois quelques nausées. Il n'y a pas de reflux duodénal comme le montre la duodénographie (radio n° 12 c).

Observation n° 13. — WIK... Maya, 51 ans.

C'est une malade ayant subi en 1955 une cholécystectomie pour lithiasé vésiculaire (la vésicule enlevée contenait deux calculs), qui rentre à Saint-Antoine le 21 juin 1958. Depuis la cholécystectomie, cette malade n'avait présenté aucune amélioration de ces troubles et présentait des douleurs sous-costales droites fréquentes et des nausées importantes. Des cholangiographies pratiquées le 21 mai 1958, montrent un cholédoque dilaté dont la partie inférieure s'opacifie mal, le tubage duodénal montre un retard à l'élimination de B.S.P.

Le diagnostic de calcul sus-vatérien est porté et la malade est opérée le 24 juin 1958 par le Docteur Leibovici. Il existe une forte pédiculite mais le cholédoque est peu dilaté. Une radiomanométrie est faite par ponction du cholédoque. Le premier cliché est pris après passage à 12 et résiduelle à 10,5 qui montre un haut cholédoque à peine dilaté et vers le bas un arrêt conique qui ne paraît pas être calculeux (radio n° 13 a). Après cholédocotomie, on ne trouve aucun calcul dans le cholédoque et l'exploration instrumentale aux dilateurs de Bakès perçoit un net ressaut lors du franchissement de la papille, sans qu'on puisse parler cependant d'odite sténosante. La papille est alors largement dilatée et un drain de Kehr placé par la cholédocotomie. Après l'intervention, la déperdition biliaire quotidienne reste modérée, aux alentours de 200 g par jour. Une cholangiographie par le drain de Kehr est pratiquée le 10^e jour après l'opération qui montre un excellent passage duodénal avec reflux dans le Wirsung (radios n° 13 b et 13 c). Le clampage progressif du drain de Kehr est commencé et mal supporté les premiers jours, l'ablation du drain est faite le 30^e jour après l'intervention. La fuite biliaire se tarit immédiatement.

La malade est revue le 18 avril 1959. Elle ne suit pas son régime et va bien. Une duodénographie montre l'absence de reflux duodénal par la papille dilatée (radio n° 13 d).



13 a

WIK...

13 b





13 c

WIK...

13 d

Observation n° 14. — Mme MEU... Germaine, 58 ans.

C'est une malade envoyée par le service du Docteur Cattan pour état de mal cholédocien avec angiocholite. C'est une malade au long passé de coliques hépatiques qui, depuis mai 1958, a présenté plusieurs épisodes douloureux de l'hypocondre droit, s'accompagnant de fièvre et d'ictère transitoire. Depuis le 28 août 1958, les crises sont devenues subintrantes et la malade passe dans le Service le 5 septembre. Les douleurs de l'hypocondre droit s'accompagnent de leucocytose à 15 000 mais la température est normale. Il n'y a pas de sub-ictère, mais les urines sont foncées.

Une biligraphie montre un gros calcul cholédocien.

L'intervention a lieu le 9 septembre 1958 (Docteur Lichniewsky). La vésicule contient de nombreux calculs, le cholédoque est gros et son calibre est supérieur au diamètre de l'index.

Une radiomanométrie est faite par le cystique qui montre des pressions de passage élevées avec des résiduelles grimpantes à 16 puis 21. Il existe un calcul de la partie moyenne du cholédoque (radio n° 14 a). Par cholédocotomie sus-duodénale, on extrait un calcul de la taille d'une olive. Il n'y a pas d'autres calculs, mais la papille sténosée est dilatée jusqu'au n° 11. Le clamp de Gouilloud est ensuite passé par la papille. Un drain de Kehr est mis en place. On termine par une cholécystectomie rétrograde sous-séreuse.

Les suites opératoires sont simples, la déperdition biliaire quotidienne est d'environ 250 g. Une cholangiographie de contrôle est faite le 18 septembre (10^e jour après l'opération). Le cholédoque est encore dilaté, mais les passages sont aisés et la résiduelle s'établit à + 8 (radio n° 14 b). Le drain est fermé le 12^e jour, enlevé le 18^e, sans qu'il y ait de fuite biliaire. La malade a été revue le 18 avril 1959, elle ne présente plus aucun trouble et une duodénographie pratiquée montre un diverticule duodénal et l'absence de reflux dans les voies biliaires (radio n° 14 c).

V. — LA DILATATION INSTRUMENTALE DE L'ODDI PERMET UNE CONCEPTION MODERNE DU DRAINAGE DE KEHR : LE DRAINAGE DE KEHR ACCÉLÉRÉ

En effet, à l'origine, nous l'avons vu, le drainage cholédocien externe devait comporter une véritable débâcle de bile pendant des semaines et l'on conçoit ses conséquences dramatiques. Actuellement après dilatation instrumentale de la papille, le drain de Kehr offre de multiples avantages.

1) Il permet de s'assurer, par la pratique des cholangiographies post-opératoires, qu'il n'y a pas de calcul cholédocien restant. Dans certains cas nous avons vu que la méthode de Pribram ne peut trouver son efficacité que lorsqu'il y a une papille largement perméable.

2) L'étude des pressions mesurées par le drain de Kehr permet de contrôler le jeu du sphincter d'Oddi et de vérifier sa normalisation.

3) La période de drainage est brève et de ce fait n'entraîne aucun trouble. En effet dans les cas moyens, le drain est enlevé autour du 8^e et 10^e jour.

4) Le drain de Kehr est placé hermétiquement dans le cholédoque et ne s'accompagne par conséquent d'aucune fuite biliaire, en raison de la per-

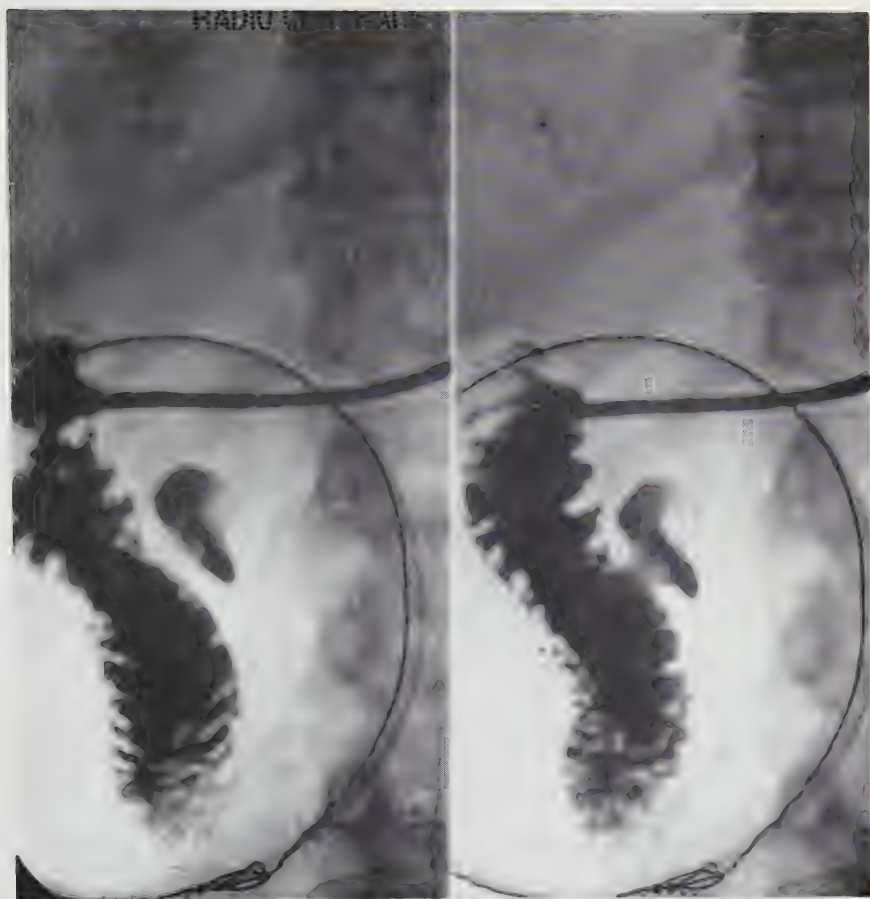


14 a

MEU...

14 b





14 c

(M.U.)

méabilité de la papille. Le confort des opérés est excellent, le pansement reste sec sans aucune goutte de bile et l'on a aucun risque de cholé-péritoïne.

5) La guérison est simple et rapide. Les détracteurs du drain de Kehr lui ont reproché la longueur du traitement qu'il implique, la difficulté de sa surveillance qui nécessiterait un personnel infirmier très spécialisé. En fait, après dilatation de la papille, il ne se produit pas de fuite biliaire après l'ablation du drain et l'opéré sort toujours au bout d'une douzaine de jours. Quant aux infirmiers, ils sont réduits à leur strict minimum : la surveillance et la régulation de la quantité de bile écoulée par le drain nécessitent une compétence des plus élémentaires.

VI. — LA DILATATION INSTRUMENTALE DE LA PAPILLE PERMET DE JUGER DU DEGRÉ ÉVENTUEL DE SCLÉROSE DE L'ODDI

Il est des cas en effet d'oddite scléreuse vraie qui sont de diagnostic difficile. On conçoit aisément qu'un sphincter d'Oddi rigide, inextensible mais peu fermé, ne puisse que très peu perturber les pressions de passage et les images radiologiques lors de la radiomanométrie per-opératoire.

Certains, conscients de cette difficulté d'appréciation du degré de l'oddite, ont été jusqu'à pratiquer systématiquement dans tous les cas, une sphinctérotomie, estimant que seule la section du sphincter, permettait d'apprécier son degré de sclérose exacte. Le résultat est que pour sectionner quelques sphincters pathologiques, ils sont amenés à sectionner un nombre considérable de sphincters parfaitement normaux. Pour nous au contraire, l'exploration et la dilatation de la papille permettent, par l'impression de consistance du sphincter qu'elles donnent de se faire une idée précise de l'état de celui-ci et nous avons vu que devant un sphincter indilatable, nous ne forçons jamais, mais complétons notre temps cholédocien par une sphinctérotomie limitée.

Observation n° 15. — Mme BOU..., 62 ans.

Il s'agit d'une malade qui a subi, en 1956, une cholécystectomie pour lithiase. On ne possède aucune précision sur cette intervention qui a eu lieu à Sétif. Après l'opération, la malade suit simplement son régime, mais au bout d'un an, survient une crise typique de colique hépatique. Cet épisode douloureux sera suivi d'autres crises identiques ; l'une d'entre elles, particulièrement aiguë, fait hospitaliser la malade dans le Service du Professeur Conte en mars 1962. Il n'existe pas d'ictère clinique, ni biologique, une biligraphie montre un cholédoque augmenté de volume avec rétrécissement du cholédoque terminal (radio n° 15 a). On surseoit à l'intervention en raison de l'état cardio-pulmonaire précaire de la malade, mais les crises douloureuses vont se rapprocher de plus en plus et conduire à l'intervention.

Celle-ci est pratiquée le 16 octobre 1962 par le Professeur Demirleau. Une cholangiographie est pratiquée par ponction du cholédoque dilaté. Le passage se fait à + 15 et la résiduelle s'établit à 8. Il n'existe pas d'opacité calculeuse, mais le bas-cholédoque est filiforme avec un reflux dans le canal de Wirsung (radio n° 15 b). Une cholédocotomie est pratiquée et une exploration aux dilateurs de Bakès est entreprise. Ceux-ci passaient facilement jusqu'au n° 6. Le n° 7 passe



15 a



15 b

difficilement, mais surtout, il accroche au retour, l'olive étant retenue par le sphincter d'Oddi. Le passage du n° 8 est impossible. On décide donc de pratiquer une sphinctérotomie en raison de l'oddite scléreuse. Après duodénotomie, on pratique, au bistouri, une sphinctérotomie verticale limitée après exposition de la papille au tire-papille. Le duodénum est fermé en un plan, le cholédoque est refermé et on laisse un drain sous-hépatique.

Les suites opératoires ont été des plus simples jusqu'au 29 octobre où la malade repasse en médecine. Elle fait le 1^{er} novembre une embolie pulmonaire gauche qui nécessite un traitement anti-coagulant.

Les signes digestifs ont disparu depuis l'intervention et la malade n'a pas eu de crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Observation n° 16. — Mme KAR... Marie.

C'est une malade qui, depuis 5 ans, présente des crises douloureuses de l'hypocondre droit. Lors des premières crises, une cholécystographie orale avait révélé l'existence d'une lithiasie vésiculaire. Les troubles se sont accentués en mai 1962 et une opacification intraveineuse a montré une lithiasie du cholédoque.

L'opération est pratiquée le 18 juin 1962 par le Docteur Leibovici. La vésicule lithiasique est enlevée. Une cholangiographie de contrôle faite par le cystique montre des pressions de passage normales avec une résiduelle grimpante. Il existe par ailleurs deux petits calculs dans le bas-cholédoque (radio n° 16). Après cholédocotomie et ablation des calculs, le dilatateur de 3 mm passe difficilement, mais l'Oddi ne peut être franchi par le dilatateur suivant. On pratique alors après duodénotomie une sphinctérotomie limitée qui sera complétée par une dilatation jusqu'au n° 10 pratiquée sous le contrôle de la vue. La duodénotomie est refermée, un drain de Kehr est mis en place.

Les suites sont simples et une cholangiographie est pratiquée le 25 juin (7^e jour), les passages sont faciles, la résiduelle est à 7, l'arbre hépatique normal (radio n° 16 b).

Le drain de Kehr est enlevé sans qu'il y ait la moindre fuite biliaire et la malade quitte le service le 10^e jour après l'intervention.



16 a

KAR...

16 b



CHAPITRE V

ETUDE STATISTIQUE

Nous avons étudié les dossiers d'opérations biliaires pratiquées d'une part en ville par notre Maître, le Docteur Leibovici et son collaborateur, Monsieur Lichnewsky.

Nous avons également étudié tous les dossiers d'opérations portant sur le cholédoque, pratiquées dans les services de Monsieur Leibovici, à l'hôpital Lariboisière de 1951 à 1957 et à l'hôpital Saint-Antoine, de 1958 à 1962.

TABLEAU I
Cholédques de ville – Docteur Leibovici
1933 à 1962

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEIR
1933				
1 LEB...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
2 BEAU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
1934				
3 GRA...	Cholécystite. Cho édocite.	+		+
4 TIG...	Lithiase vésiculaire. Cal- cul enclavé de l'ampoule.		Papillotomie	+
5 MAR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
6 MEN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Fistule cholécysto-colique.		Cholécystostomie	+
7 SAL...	Lithiase vésiculaire et calcul enclavé chez une malade opérée deux mois plus tôt de cholécystite aiguë(cholécystostomie).		Papillotomie	+
1938				
8 LIB...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Calcul enclavé. Ictère.	+	Cholécystostomie	+
9 GRA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Cholécystostomie deux mois auparavant.	+	Cholédoco- duodénale	
10 DEC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ bougie 20		+
11 FAFO...	Lithiase cholédocienne.	+		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
1946				
12 SEF...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+	Ablation des calculs vésiculaires	+
1949				
13 NEU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Ensable- ment du cholédoque.	+		+
14 ROSA...	Oddite sténosante.	+	Cholédoco- duodénostomie	
15 LHO...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Ictère.	+	Cholécystostomie	+
16 ALV...	Lithiase vésiculaire et ictère. Pancréatite.	+		+
1950				
17 GOL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Fistule cholécysto-duodénale.	+		+
18 ROZ...	Lithiase cholédocienne. Ictère.	+	Cholédoco- duodénale	
19 MAUR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
20 FOU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+	Electro- coagulation de la vésicule	+
21 SZE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
1951				
22 DOY...	Calcul restant du cholé- doque. Réopéré en 1952 pour angiocholite et pan- créatite.	+	Cholédoco- duodénostomie	+
23 GAR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+	Vésicule scléro-atrophique laissée en place (malade âgée)	+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
24 MOU...	Lithiase vésiculaire et choédocienne.	+		+
1952				
26 SBO...	Lithiase vésiculaire. Ensa- blement du cholédoque.	+		drainage trans- vatérien
25 SAN...	Lithiase cholédocienne.	+		+
27 TUR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		drain trans- cystique
28 MES...	Lithiase vésiculaire. Ensa- blement du cholédoque. Oddite.	+		D.T.P.
29 DEG...	Lithiase vésiculaire. Od- dite sténosante.	+		+
1953				
30 GAR...	Cholécystite et péricholé- cystite.	+		+
31 MAU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
32 LEG...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Ictère.	+		+
33 PET...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Pancréa- tite. Ictère.	+		+
1954		pince Gouilloud		
34 DEV...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
35 MEN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		drain trans- cystique
36 PRI...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
37 DEL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
1955				
38 LEB...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Boue cholédocienne.	+		+
1956				
39 MID...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+	Vésicule laissée en place	+
40 NAC...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+ pince Gouilloud		+
1957				
41 MAJ...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+ pince Gouilloud		+
42 BOY...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+ pince Gouilloud		+
1958				
43 CRO...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
44 ARG...	Lithiasé vésiculaire. Od- dite. Pancréatite.	+		+
45 BUR...	Angiocholite sur cholé- cystogastrostomie faite en 1950. Oddite.		Suppression de la dérivation Sphinctéroplastie	
46 CAD...	Lithiasé vésiculaire.		Sphinctéroplastie	D.T.P.
1959				
47 LEG...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
48 ZUR...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Calcul du bas-cholédoque.		Sphinctérotomie	+
49 CLO...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Boue cholédocienne.	+		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILATATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
50 SAN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Sphinctérotomie	D.T.P
51 RAM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
52 ROU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Ensa- blement.		Sphinctéroplastie	+
53 VAR...	Lithiase vésiculaire. Od- dite sténosante.	+ n° 8		drain trans- cystique
54 STE...	Cholécystite calculeuse. Oddite.	+		drain trans- cystique
1960				
55 BOT...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+	Papillotomie	
56 RAC...	Lithiase vésiculaire. Oddite.	+		+
57 LEC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.	+		+
1961				
58 LEC...	Ictère par calcul du cho- lédoque.	+		+
59 GAR...	Lithiase vésiculaire. Od- dite sténosante.	+		drain trans- cystique
60 HEL...	Lithiase vésiculaire. Cho- lédocite. Oddite.	+		+
1962				
61 SAN...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Sphinctérotomie	+
62 BER...	Lithiase vésiculaire. Od- dite. Pancréatite.	+	Cholédoco- duodénale	
63 KAR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
64 BON...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Empier- ement. Oddite.	n° 12		+
65 CAM...	Lithiase cholédocienne et moignon cystique.	+	Ablation moignon cystique	+
66 MOS...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+

TABLEAU II

Cholédiques – Hôpital Lariboisière – Service du Docteur Leibovici
1951 à 1957

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
1951				
1 BRO...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
2 GAB...	Troubles après cholécys- tostomie. Oddite.	+		D.T.P.
1952				
3 PLA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
4 HEM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Calcul enclavé de l'ampoule.			+
5 BUR...	Calcul restant du cho- lédogue.	+	Cholédoco- duodénale	
6 FAY...	Lithiase vésiculaire. Pan- créatite.	+		+
7 MEY...	Ictère. Lithiase vésicu- laire et cholédocienne.	+		D.T.P.
8 PAZ...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
1953				
9 HEN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
10 GOU...	Lithiase vésiculaire. Oddite.	+		+
11 BEE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
12 DUR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
13 ROB...	Calcul restant du cho- lédogue.	+		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
14 GIE...	Troubles post-cholécys- tectomie. Oddite Pan- créatite.	+		+
15 PAR...	Angiocholite.			+
1954				
16 DOU...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			+
17 FRE...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			+
18 GAS...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
19 MAT...	Lithiasé cholédocienne ré- cidivée.	+	Cholédoco- duodénale	
20 REV...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
1955				
21 GIV...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne Pancréa- tite.	+	Cholédoco- duodénale	
22 VAN...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.		Cholédoco- duodénale	
23 BER...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Oddite.	+		D.T.P.
24 MOR...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
25 PON...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			+
26 REM...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
1956				
27 SAU...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+	Cholédoco- duodénale	
28 ART...	Calcul restant du cho- lédoque.	+	Cholédoco- duodénale	

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
29 SAC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
30 POU...	Lithiase récidivée du cho- lédoque.	+	Cholédoco- duodénale	
31 FRA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
32 COU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
33 KAC...	Lithiase vésiculaire. Sté- nose du bas-cholédoque.	+	Cholédoco- duodénale	
34 CHA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
1957				
35 ANT...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
34 VEL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
37 LIC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Reprise pour deux calculs res- tants.	+ dilatation	Cholédoco- duodénale	+
38 VAN...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie	D.T.P.
39 DEC...	Lithiase vésiculaire. Oddite.	+		+
40 BOU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite. Cholécystotomie anté- rieure.	+		+
41 POU...	Calcul résiduel cholédo- cien.	+		+
42 NOH...	Empièrrement du cho- lédoque.	+	Cholédoco- duodénale	
43 MAT...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+

TABLEAU III

Cholédocus – Hôpital Saint Antoine – Service du Docteur Leibovici
1958 à 1962

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
1958				
1 RAD...	Cholécystite lithiasique Images suspectes cholé- dociennes (en fait bulles).	+		+
2 MAR...	Lithiasc vésiculaire et cholédocienne.			+
3 KOC...	Abcès pyobiliaire.			
4 SIL...	Microlithiasc vésiculaire et hépaticholédocienne		Papillotomie	+
5 LOR...	Lithiasc vésiculaire. Cal- cul de la papille.		Papillotomie	
6 GUI...	Calcul de la papille.		Papillotomie	+
7 GUI...	Empiement cholé- docien.		Papillotomie	+
8 MAL...	Lithiasc vésiculaire. Gros cholédocus ne contenant pas de calculs. Défilé oddien rigide.	+		+
9 ROG...	Lithiasc vésiculaire. Oddite.	+	D.T.P.	
10 PAR...	Cholécystite calculeuse. Hypertonie de l'Oddi.	+	D.T.P.	
11 BLA...	Lithiasc vésiculaire et cholédocienne. Calcul de la papille.		Papillotomie	+
12 FRA...	Lithiasc vésiculaire et cholédocienne. Oddite scléreuse.		Papillotomie	+
13 POT...	Lithiasc vésiculaire et cholédocienne.			+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
14 MAN...	Lithiase vésiculaire. Empièrrement cholédocien. Malade âgée.		Cholédoco- duodénale	
15 ANS...	Pancréatite. Papille in- franchissable.		Papillotomie D.T.P.	
16 NIV...	Vésicule scléro-atrophique Cholédoque un peu di- laté ne contenant pas de calcul.	+		drain trans- cystique
17 BAI...	Calcul de la vésicule. Oddite.		Papilotomie	
18 LAB...	Vésicule scléro-atrophique Oddite.	+		drain trans- cystique
19 PIC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ Bakès puis Gouilloud		+
20 COS...	Lithiase vésiculaire. Boue cholédocienne.	+ Bakès puis Gouilloud		
21 VIL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
22 GUY...	Vésicule scléro-atrophique Lithiase cholédocienne.	+ n° 7		+
23 JEA...	Vésicule scléro-atrophique Fistule cystico-cholédo- cienne. Calculs du cho- lédoque.	+ n° 6		+
24 USS...	Fistule après cholécys- tectomy. Oddite ou cal- cul ?		Papillotomie	+
25 HAC...	Lithiase vésiculaire. Oddite sténosante.		Papillotomie	+
26 MOR...	Sténose cicatricielle du cholédoque avec ictère (ectomie et ablation).		Anse en Y	
27 VIV...	Vésicule scléro-atrophique Oddite.		Papillotomie	+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
28 BRU...	Lithiase vésiculaire. Sus- picion clinique et par biligraphie de lithiase de la voie biliaire principale.	+ n° 6		+
29 WIK...	Syndrome post-cholécys- tectomy. Oddite sténo- sante.	+		+
30 PIC...	Angiocholite urémigène. Lithiase duodénale ré- cidivée.		Papillotomie	+
31 FAS...	Lithiase vésiculaire. Boue cholédocienne.		Papillotomie	
32 MOU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie	+
33 ASS...	Lithiase vésiculaire. Noyau de la tête du pancréas.		Cholédoco- duodénale	
34 LER...	Vésicule scléro-atrophique Pancréatite.		Cholédoco- duodénale	
35 CAL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie	
36 DEV...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Angio- cholite. Réintervention.	+ digitale	Anse en Y	+
37 KEL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Papillite.	+ n° 11		
38 MEU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Papillite.	+ n° 11 pince Gouilloud		+
39 MAG...	Cholécystite calculeuse. Antécédent d'ictère.	+ n° 6		drain trans- cystique
40 ROC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		drain trans- cystique
41 COL...	Lithiase vésiculaire. Em- pièrrement du cholé- doque.		Anse en Y	
42 DUG...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
43 BEAU...	Lithiase vésiculaire. Antécédent l'ictère.	+ n° 8 (dil. trans- cystique)		+
44 ROM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne (dont calcul enclavé).		Papillotomie	+
45 ADE...	Papillite.		Papillotomie	+
46 SIM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Passage un peu anormal. Résiduelle grimpante.		Papillotomie	+
47 ROSE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie (petite fibrose)	+
48 CAL...	Lithiase vésiculaire. Cholédoque un peu suspect. Bulles d'air à la radio.	+ n° 6		drain trans- cystique
49 MER...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
50 CAL...	Pyccholécyste. Fausse image à la radio de calcul du bas-cholédoque.		Section d'un « phimosis » muqueux	+
51 PIE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
52 NOR...	3 ^e intervention pour empiérement du cholédoque. Cholédoco-duodénostomie mal tolérée.		Anse en Y	
53 BOU...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie (biopsie négative)	
54 FLE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
55 BAU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+
56 DUC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Boue cholédocienne. Réintervention : 4 calculs de l'hépatique gauche.		Papillotomie	+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
57 SIM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Antécé- dent d'ictère.		Papillotomie	
58 CRE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
59 BREIN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+
60 ABM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
61 CHA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ à la pince		
62 GOU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ à la pince		+
1959				
63 SER...	Vésicule scléro-atrophique Lithiase du cholédoque.			+
64 CAN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+
65 CHA...	Lithiase vésiculaire et cholédo-cirrhose biliaire.		Papillotomie	-
66 LEM...	Lithiase résiduelle de l'hépto-cholédoque.	+ à la pince		+
67 BEAU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Anse en Y	
68 ROW...	Cholécystite aigë. Oddite.	+ Bakès puis Guilloud		+
69 BOV...	Angiocholite après cholé- cystectomie. Oddite très perméable.		Anse en Y	
70 MOU...	Lithiase vésiculaire. (Bul- les d'air dans le cholédo- que). Reprise bouchon muco-purulent dans le cholédoque + 10 (dila- tation persiste).	+		+
71 BOU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			drain trans- cystique

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
72 VII...	Angiocholite après cholécystectomie. Oddi normal.			+
73 AND.	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 9		+
74 GUL...	Lithiasé vésiculaire et du cystique. Oddite.	+ n° 10		+
75 LEG... d.c.d.	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	+
76 HAT...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			+
77 BRA...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			+
78 HAR...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Calcul enclavé de l'Oddi.		Papillotomie	+
79 THOU...	Lithiasé vésiculaire. Calculs du bas-cholédoque.		Papillotomie	
80 MAR...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
81 MIC...	Lithiasé vésiculaire et bas-cholédoque.		Papillotomie	
82 DEJ...	Pyocholécyste. Lithiasé cholédocienne.			+
83 FAU...	Pyocholécyste. Lithiasé cholédocienne. Malade âgée.		Cholédoduodénale	
84 SAF...	Lithiasé biliaire. Gros cholédoque.	+		+
85 THU...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			+
86 BOU...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+		+
87 GOE...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.	+ à la pince		
88 VAU...	Lithiasé vésiculaire et cholédocienne.			

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
89 MAS...	Lithiase vésiculaire.	+ à la pince		+
90 MOL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
91 REN...	3 ^e intervention pour crise coliques hépatiques.		Anse en Y	
92 LIN...	Empièchement cholédo- cien.		Papillotomie	+
93 ROU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
94 DEO...	Cholécystectomie ancien- ne. Lithiase cholédocien- ne. Oddite.		Anse en Y	
95 PIS...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
96 RUD...	Vésicule scléro-atrophique Lithiase cholédocienne.		Papillotomie	
97 GROU...	Oddite résiduelle. Après cholécystectomie.		Papillotomie (papillite chronique)	+
98 BOUR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie (papillite)	
100 GOU...	Pyocholécyste. Calcul du cholédoque.			+
101 BLIN...	Cholécystite Oddite		Papillotomie (papillite)	
102 ARN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+		+
103 CUN...	Fistule biliaire après cho- lécystectomie et Kehr. à la pince Calcul restant.	+ à la pince		+
1960				
104 PAR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	
105 THI...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
106 CHA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Tentative infructueuse de papillotomie.		Cholédoco- duodénale	
107 MAI...	Empiement du cholé- doque.		Anse en Y	
108 PAR...	Microlithiase vésiculaire et cholédocienne.			drain trans- cystique
109 BON...	Lithiase vésiculaire. Oddite.	+ pince Gouilloud		+
110 MUL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
111 HOC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Calcul enclavé de l'Oddi.		Papillotomie	+
112 GAN...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie	
113 HES...	Lithiase vésiculaire. Em- piement du cholé- doque.		Cholédoco- duodénale	
114 GAR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ à la pince		+
115 ROS...	Lithiase résiduelle du cho- lédoque. Oddite.		Papillotomie	
116 PAT...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
117 MOT...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Papillite.		Papillotomie	
118 PIV...	Lithiase cholédocienne. Oddite œdémateuse.	+ pince Gouilloud		+
119 BEN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ puis Gouilloud		+
120 BUR...	Lithiase vésiculaire et cholédo-fistule cholécys- to-duodénale.	+		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
121 RAB...	Lithiase vésiculaire. Oddite. Réintervention : lâchage de la duodénotomie.		Papillotomie	
122 BEL...	Phlegmon chronique des voies biliaires. Cathétérisme du cholédoque impossible.		Papillotomie	
123 SCHANZ...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie	
124 LER...	Lithiase vésiculaire. Boue cholédocienne.	+ puis Gouilloud		+
125 POI...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	
126 CHL...	Lithiase vésiculaire. Cholécite.			+
127 VEL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	+
128 ZOM...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 6		+
129 GAU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie	+
130 SLO...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie	
131 BEL...	Empièrrement cholécien. Cholécystectomie antérieure.		Cholédoco- duodénale	
132 DOU...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 6		+
133 YLB...	Lithiase vésiculaire. Cholécite.			+
134 VAL...	Lithiase résiduelle du cholédoque. Oddite (calcul restant opéré 1 mois après).		Papillotomie	+
135 LE PO...	Lithiase résiduelle cholédocienne.		Papillotomie	

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
136 LEB...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
137 BAR...	Lithiase vésiculaire et calcul du bas-cholédoque		Papillotomie	
138 LED...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
139 FAB...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
140 PER...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
141 MAI...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie	
142 AOZ...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	
143 KAEL...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie	+
144 GAS...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 7		+
145 FRE...	Lithiase vésiculaire. Em- pièrrement cholédo- cien.		Cholédoco- duodénale	
146 GAV...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne et défilé oddien suspect.		Papillotomie	
147 GRU...	Lithiase vésiculaire. Cal- cul enclavé de la papille.		Papillotomie	
1961				
148 BON...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+
149 BRA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	
150 PAT...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	+
151 CHA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Calcul du bas-cholédoque.		Papillotomie	+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
152 BOY...	Lithiase cholédocienne.			+
153 CHA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Cholédo- cite.		Papillotomie	+
154 KOL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Fistule cholécystocolique.		Cholédoco- duodénostomie	
155 HUA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+
156 NOU...	Lithiase vésiculaire. Gros cholédoque.			+
157 CAS...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
158 GIR...	Lithiase cholédocienne. Malade âgée.	+ n° 9	Cholédoco- duodénale	
159 STO...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie	
160 PAG...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+
161 FAB...	Lithiase résiduelle cholé- docienne (gros calcul unique).			
162 MED...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			
163 PEC...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie	
164 LEO...	Lithiase vésiculaire. Oddite.		Papillotomie	+
165 CHE...	Lithiase récidivée du cholédoque. 80 ans.		Cholédoco- duodénale	
166 MON...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
167 MAD...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.			+
168 ANC...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Angio- cholite.			+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
169 BOE...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Lithiase pigmentaire. Boue.		Cholédoco- duodénale	
170 PEA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.		Papillotomie D.T.P.	
171 NUR...	Oddite ictérique.	+ n° 10		+
172 CAL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.	+ n° 7		+
173 BAL...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Micro- calculs.	+ n° 9	Cholédoco- duodénale	
174 BRU...	Lithiase vésiculaire. Oddite.	+ n° 8		+
175 SAN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Calcul enclavé du bas-cholé- doque.	+ n° 9		+
176 PUC...	Traumatisme post-cholé- cystectomie. Oddite. Reprise.		Sphinctérotomie	+
177 HER...	Lithiase vésiculaire. Cal- cul enclavé de l'ampoule.		Papillotomie	+
178 PEG...	Lithiase vésiculaire. Ic- tère. Calcul du bas-cho- lédoque.	+ n° 7		drain trans- cystique
1962				
179 VAR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 10		+
180 ROS...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 10		+
181 ROB...	Angiocholite urémigène. Péritonite biliaire. Li- thiase vésiculaire et cho- lédocienne.			+
182 BED...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Oddite.		Papillotomie	
183 HEN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 8		+

MALADES	DIAGNOSTIC	DILA- TATION	AUTRES INTERVENTIONS	KEHR
184 GAY...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 10		
185 JAC...	Lithiase vésiculaire. Cal- cul enclavé du bas-cho- lédoque.		Papillotomie	+
186 JAS...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Lithiase du bas-cholédoque.		Papillotomie	drain trans- cystique
187 FOR...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Fistule cholécysto-duodénale.	+ n° 11		+
188 REN...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Reprise : calcul restant sur les cholangiographies (non retrouvé, a dû passer la papille).	+ n° 10		+
189 BLA...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne.	+ n° 11		+
190 BOU...	Troubles post-cholécys- tectomy. Oddite rési- duelle.		Papillotomie	
191 MAI...	Lithiase vésiculaire. Oddite.	+ n° 9		drain trans- cystique
192 REV...	Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Ictère.	+ Gouilloud		+

● Le premier tableau présente 66 cholédoques opérés en ville par le Docteur Leibovici. Il a donc pratiqué :

— Dilatations de l'Oddi	
+ Kehr	51
+ D.T.P.	2
— Sphinctérotomies	9 dont une avec D.T.P.
— Cholédocoduodénostomies	4

● Nous avons également étudié les dossiers de 29 cholédoques opérés en ville par le Docteur Lichniewsky qui a pratiqué :

— Dilatations de l'Oddi	
+ Kehr	21
+ D.T.P.	3
— Sphinctérotomies	1
— Anastomoses cholédoco- duodénales	4

● L'addition de ces deux séries représente au total 95 cholédoques qui ont fait l'objet d'interventions se répartissant comme suit :

— Dilatations de l'Oddi		
+ Kehr	72	} soit 77
+ D.T.P.	5	
— Sphinctérotomies	10	
— Cholédocoduodénostomies	8	

● A Lariboisière 44 cholédoques ont été opérés. Ont été pratiquées :

— Dilatations de l'Oddi	
+ Kehr	21
+ D.T.P.	4
— Cholédocotomies + Kehr	8
— Cholédocoduodénostomies	9
— Sphinctérotomie	1
— Cholédocotomie idéale	1

● A Saint Antoine, sur 426 opérations biliaires, 192 fois l'opération a porté sur la voie biliaire principale. Ont été pratiquées :

— Dilatations du sphincter d'Oddi		
+ Kehr	68	} soit 72
+ D.T.P.	4	
— Cholédocotomies + Kehr	26	
— Cholédocotomies idéales	43	
— Sphinctérotomies	68	
— Cholédocoduodénostomies	13	
— Anses en Y	9	

Nous devons accompagner ces chiffres de quelques commentaires. En effet, nos statistiques d'hôpital ne sont pas homogènes étant donné les différentes personnalités des opérateurs qui ont pratiqué les interventions mentionnées. Aussi, le pourcentage des dilatations paraît faible, comparé à celui des sphinctérotomies qui ont été souvent pratiquées sans tenir compte de notre attitude plaidant en faveur de la sphinctérotomie, uniquement lorsqu'elle est de nécessité. Nos statistiques de ville, au contraire, montrant un pourcentage de dilatations supérieur à 80 %, dilatations suivies d'excellents résultats, traduisent fidèlement notre pensée et reflètent complètement notre attitude devant la conduite à tenir au sujet du sphincter

Nous voyons donc que seuls 10 à 12 % de nos cholédoques ont fait l'objet d'une sphinctérotomie limitée avec comme seules indications, l'oddite scléreuse vraie, vérifiée instrumentalement par la tentative de cathétérisme et de dilatation de la région papillaire, et le calcul enclavé de la papille.

CONCLUSION

Nous voyons à quel point la dilatation méthodique du sphincter d'Oddi jadis prônée par Bakès, puis modernisée par R. Leibovici, est un facteur de sécurité en chirurgie cholédocienne.

Nous réservons la sphinctérotomie à deux cas bien précis : d'une part, l'oddite scléreuse vraie ou la sphinctérotomie s'impose de nécessité ; d'autre part les calculs enclavés du bas-cholédoque ou bien souvent seule la papillectomie permet l'extraction du calcul.

Nous pensons que tous les autres cas sont justiciables de la dilatation instrumentale de la papille. La réaction oddienne est une conséquence de la lithiase et de toute évidence la suppression du foyer lithiasique doit amener une guérison de l'oddite dans ses formes mineures encore réversibles. Mais nous pensons que la dilatation d'Oddi n'entraînant ni spasmes, ni sclérose ultérieure, permet un drainage interne de la bile et hâte la guérison des lésions du bas-cholédoque, la rapidité de la guérison de nos malades en fait foi. Cette dilatation permet en outre l'évacuation de calculs méconnus, car elle persiste plusieurs semaines et nul opérateur ne peut se croire à l'abri de tel incident. De plus, le jeu du sphincter dilaté n'est pas perturbé et l'on n'a pas observé après dilatation de reflux duodénal ni d'angiocholite.

Au total, la dilatation méthodique du sphincter d'Oddi évite nombre de sphinctéroplasties inutiles, réduit au minimum la déperdition biliaire et permet par la pratique du drainage de Kehr accéléré et contrôlé par cholangiographie post-opératoire précoce, de guérir vite et bien la lithiase cholédocienne, l'hospitalisation moyenne étant de douze à quinze jours.

Vu : Le Président de la thèse :

J. GOSSET.

Vu : Le Doyen :

L. BINET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Le vice-président du Conseil de l'Université de Paris,

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT G. et POILLEUX F. — Lithiase du cholédoque. *Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu*, 1959, Paris.
- ALLEN et WALLACE. — (Technique d'opérations sur la voie biliaire principale avec des références particulières pour la dilatation instrumentale de la papille). *J. Surg.*, juin 1935.
- AYARI H. et CAROLI J. — (Avenir de la cholédoco-lithiase opérée). *Arch. Mal. App. dig.*, 1955, **44**, 891-899.
- BAKES. — (La chirurgie biliaire sans drainage et la dilatation méthodique de la papille). *Zbl. Chir.*, 1928, **2**, 1858-1868.
- BARRAYA L., MINICONI P. et OUSTRIC. — Indications techniques et résultats de la papillo-sphinctéroplastie mesurée. *Arch. Mal. App. dig.*, 1959, **48** (10), 1161.
- BRUSH B., PONKA J., DAMAZO F. et WHITCOMB J. — Dilatation du sphincter d'Oddi. *A.M.A. Arch. Surg.*, 1955, **70**, 766-771.
- CATTELL R. B. — Usage du long drain en T en chirurgie biliaire. *Surg. Clin. North-Amer.*, 1948, juin.
- CATTELL R. B. — Benign structures of biliary ducts. *J. Amer. med. Ass.*, 1947, **134**, 235-240.
- CATTELL R. B. et COLCOCK B. P. — Sclérose du sphincter d'Oddi. *Ann. Surg.*, 1953, **137**, 797-806.
- CATTELL R. B., COLCOCK B. P. et POLLACK J. L. — Sténose du sphincter d'Oddi. *New Engl. J. Med.*, 1957, **256**, n° 10, 429-435.
- CAROLI J. — La radiomanométrie biliaire. *Sem. Hôp. Paris*, 1946, n° 43, 21 nov.
- CAROLI J. — Les papillites ictériques primitives. 1 vol., *Vigot éd.*, Paris, 1950.
- CAROLI J. et CACHERA R. — Maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas. *Ed. méd. Flammarion*, Paris, 1951.
- CHAMPEAU M. — Le drainage transpapillaire. *Mém. Acad. Chir.*, Paris, 1951, **77**, 1937.
- CHAMPEAU M. et PINEAU P. — Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson. 1 vol., *Masson éd.*, Paris, 1952.
- CHEEVER. — (Dilatation instrumentale de la papille de Vater). *A.M.A. Arch. Surg.*, 1929, avril.
- COLLOQUE SUR LE DRAIN TRANSPAPILLAIRE. — *Rev. méd.-Chir. Mal. Foie*, 1954, 4 avril.
- COLLOQUE SUR LA SPHINCTÉROTOMIE. — *Ann. Chir.*, 1962, **16**, n° 5-6.
- DOUBILET H. et MULHOLLAND J. H. — (Huit années d'étude des pancréatites et sphinctérotomies). *J. Amer. med. Ass.*, 1956, **160**, n° 7, 521-528.
- FIGARELLA J. et BERNARD A. — A propos de la radiomanométrie dans les papillites oddiennes. *Arch. Mal. App. dig.*, 1953, **42**, n° 1.
- FLABEAU F. — Cause d'erreurs dans les indications des sphinctérotomies oddiennes in *Entretiens Bichat Chir.*, 1959, *Expansion éd.*, Paris.
- GARCIN, MARQUANT, CAMEY et MOUCHET. — A propos de 150 cas de chirurgie cholédocienne. *Ann. Chir.*, 1959, **13**, 1295-1304.
- GIRAUD J. — La sphinctéroplastie pour lithiase cholédocienne. *Thèse*, Alger, 1961.
- GOINARD P. et PELISSIER G. — Thérapeutique chirurgicale des ictères par rétention. 1 vol., *Masson éd.*, Paris, 1959.

- GOINARD P. et PELISSIER G. — Contre une excessive diffusion de la sphinctéroplastie. *Presse méd.*, 1959, 67, n° 29.
- GOINARD P. et PELISSIER G. — Les quatre états du sphincter d'Oddi au cours de la lithiase cholécystienne. *Ann. Chir.*, 1961, 15, 1561.
- GOSSET J. — A propos du D.T.P. *Mém. Acad. Chir. (Paris)*, 1955, 81, 216.
- HEPP C. — Le D.T.P. temporaire en chirurgie biliaire. *Presse méd.*, 1951, 59, 1712.
- HEPP C. et PERNOD R. — Traitement de la lithiase du cholédoque. *Encycl. méd.-chir.* Foie, 7047.
- JUDDE et MARSHALL. — (Calcul de l'ampoule de Vater). *J. Amer. med. Ass.*, 1930, 11 octobre.
- KIRSCHNER. — Operative Surgery. Edition américaine, 1933.
- KOURIAS B., PAPACHARALAMPOUS N. et LIAPIS D. — Sphinctérotomie d'Oddi d'indication restreinte. Données cliniques radiologiques et histo-pathologiques (d'après 70 cas). *Lyon chir.*, 1961, 57, n° 5, 641-664.
- LEBRUN J. — Les écueils du drainage cholécystien externe. *Thèse*, Paris, 1954.
- LÉGER L. et VAN STEENBRUGGHE. — Sphinctérotomie oddienne transcholécystienne. *Presse méd.*, 1958, 66, n° 53, 1237.
- LÉGER L. — Pour ou contre le drainage transpapillaire dans la chirurgie biliaire in *Entretiens Bichat Chir.*, 1959, Expansion éd., Paris.
- MAC-PHEDRAN N. T., AINSLIE J. D. T., MAC CRAEN W. H. et BLUNDELL P. E. P. — (Fibrose de l'ampoule de Vater. La recherche des preuves par l'autopsie et ses résultats). *A.M.A. Arch. Surg.*, 1961, 83, n° 3, 458-561.
- MALLET-GUY P., TRIMBLE A. S. et COLLENET J. — Calculs enclavés dans l'ampoule de Vater. (A propos de 13 observations personnelles). *Lyon chir.*, 1945, 40, 37-64.
- MALLET-GUY P., DEVIC C., FEIT R. et DESCORTES J. — Conditions techniques du contrôle manométrique et radiographique per-opératoire des voies biliaires. *Arch. Mal. App. dig.*, 1953, 42, n° 2.
- MERCADIER M. — Résultats de la sphinctérotomie transduodénale. *Lyon chir.*, 1959, 55, 884.
- MIRIZZI P. — Troubles fonctionnels de la voie biliaire principale, leur discrimination par la cholangiographie opératoire. *Rev. Foie*, 1950, 9, n° 3.
- MIRIZZI P. — Lithiase de la voie biliaire principale. 1 vol., Masson éd., Paris, 1957.
- OLIVIER C. — Chirurgie des voies biliaires extra et intra-hépatiques. 1 vol., Masson éd., Paris, 1961.
- PATEL J., NARDI C. et LATASTE J. — La chirurgie oddienne dans les cas d'affections biliaires non tumorales. Expérience personnelle. *Arch. Mal. App. dig.*, 1959, 48, 1025-1044.
- POILLEUX F. et MICHON H. — Contrôle de la fonction oddienne par la kinésimétrie per et post opératoire. Incidences thérapeutiques. *J. Chir. (Paris)*, 1962, 84, 423-439.
- PRIEBAM B. O. C. — La méthode de dissolution des calculs du cholédoque après opération. *Surgery*, 1947, 22, 806-816.
- RIVES J. et STOPPA R. — La migration cholécystienne des calculs vésiculaires et sa conséquence sphinctérienne : l'oddite cicatricielle de « passage ». *Ann. Chir.*, 1961, 15, 65.
- ROUX M., LE CANUET R., DEBRAY Ch. — Technique d'exploration radiomanométrique des voies biliaires. *Mém. Acad. Chir.*, 1951, 77, n° 18-19.
- ROUX M., DUBOST et AUROUSSAU. — La place de la cholécysto-duodénostomie dans le traitement de la lithiase du cholédoque. *J. Chir.*, 1954, 70, 122-140.
- ROUX M., DEBRAY Ch., LE CANUET R. et LAUMONIER R. — Pathologie chirurgicale des voies biliaires extra-hépatiques. 1 vol., Masson éd., Paris, 1961.
- ROUX M. et VAYRE P. — Lésions associées cholécysto-oddiennes. *Ann. Chir.*, 1962, mars.
- SALEMBIER Y. — Indications, principe technique et résultats des interventions sur le sphincter d'Oddi dans la lithiase et l'oddite. *Lyon chir.*, 1962, 58, n° 4.
- SENÈQUE J. et ROUX M. — Calcul restant du cholédoque après taille cholécystienne pour lithiase. Dissolution par la méthode de Priebam. Guérison sans réintervention. *Presse méd.*, 1948, 56, 670-671.
- SOUPAULT R. — Anastomose bilio-digestive. 1 vol., Masson éd., Paris, 1961.
- ZOLLINGER. — Dilatation instrumentale de la papille de Vater. Expérimentation et observations cliniques. *Surv. Gynec. Obstet.*, 1938, 100.

Bibliographie de la Xylocaïne et de la Colimycine en chirurgie biliaire

- ARNULF. — Infiltration splanchnique. *Encycl. méd.-chir. anesthésie, réanimation*, 36, 540 B 10.
- CACHIN M. — Conduite du traitement antibiotique dans les angiocholites in *Entretiens de Bichat Thérapeutique*, 1961, *Expansion Scientifique éd.*, Paris.
- DALE et ROCHESTER. — L'infiltration splanchnique dans le traitement des pancréatites aiguës. *Surgery*, 1952, 32, n° 4.
- DAVEZAC J. F. et BUSSON A. — Association Pénicilline-Colimycine en chirurgie digestive. *Presse méd.*, 1961, 69, n° 24, 1085.
- HIVET M. et KRIVINE J. M. — Emploi de la Colimycine en perfusion intraveineuse en chirurgie abdominale majeure in *Entretiens Bichat Thérapeutique*, 1962, *Expansion Scientifique éd.*, Paris.
- FRANCE C. J., PERKINS P. et EDWARDS D. — Progrès récents dans la pathogénie et le traitement des pancréatites. *Amer. J. Med. Sci.*, 1959, 238, 231.
- SALEMBIER Y. — Anesthésie de contact en chirurgie biliaire. *Concours méd.*, 1954, 14, 1393.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	I
CHAPITRE I. — Historique	3
CHAPITRE II. — Technique de la dilatation méthodique du sphincter d'Oddi	II
CHAPITRE III. — Les inconvénients et les incidents qu'on a pu attribuer à la dilatation instrumentale de la papille	17
CHAPITRE IV. — Avantages de la dilatation méthodique de la papille..	41
CHAPITRE V. — Étude statistique	65
<i>Conclusion</i>	91
<i>Bibliographie</i>	93

22